

様式第1号（第6条関係）

令和 年 月 日

東通村長 様

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____

東通村周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金交付申請書

東通村周産期母子医療センターアクセス支援事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

（添付書類）

- （1）青森県周産期母子医療センターアクセス支援事業助成金申請書（青森県周産期母子医療センターアクセス支援事業実施要綱第1号様式）
- （2）青森県周産期母子医療センターNICU・GCU面会状況報告書（青森県周産期母子医療センターアクセス支援事業実施要綱第2号様式）
- （3）母子健康手帳の写し（出産年月日等の記載部分）
- （4）交通費に係る領収書の写し（タクシー、有料道路及び有料駐車場を使用した場合）
- （5）宿泊費に係る領収書の写し