

様式第 1 号（第 5 条第 1 項関係）

平成 年 月 日

平成 30 年度弘前市ハイリスク妊産婦アクセス支援助成金交付申請書
弘 前 市 長 様

住 所
申請者
氏 名 _____ 印

平成 30 年度弘前市ハイリスク妊産婦アクセス支援助成金交付要綱第 5 条第 1 項の
規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1. 助成を受けようとする助成金の額

_____ 円

2. 助成金の額の算定根拠

別紙のとおり

3. 添付書類

☐ ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金申請書（平成 30 年度青森県ハイリスク妊産婦アクセス支援事業実施要綱第 1 号様式）

☐ 青森県周産期母子医療センター NICU・GCU 面会状況報告書（平成 30 年度青森県ハイリスク妊産婦アクセス支援事業実施要綱第 2 号様式）

☐ 母子健康手帳の写し（診療日、出産日及び出産予定日記載部分）

☐ 診療明細書又は領収書（ハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算に係る疾患について、母子健康手帳に記録されている日以外に受診した場合又は青森県立中央病院内の他科で受診した場合）

☐ 交通費に係る領収書（タクシー、有料道路又は有料駐車場利用時）

☐ 宿泊費に係る領収書（宿泊施設利用時）

承諾書

私は、下記の事項について承諾します。

1. この申請のために、弘前市の職員が私の助成対象期間中の住所地を確認すること。
2. この申請のために、弘前市の職員が私の税務関係書類を閲覧すること。

住所 _____

氏名 _____ 印

備考

1. 上記に掲げる書類以外の書類の提出を求めることがあります。
2. 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 縦長としてください。

担当及び提出先

健康福祉部健康づくり推進課

☎ 0 1 7 2 - 3 7 - 3 7 5 0