

むつ市妊婦健診アクセス支援助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）むつ市長

むつ市妊婦健診アクセス支援助成金の交付を受けたいので、令和 7 年度むつ市妊婦健診アクセス支援助成金交付要綱第 4 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

住 所		電話番号	自宅・携帯
フリガナ 申請者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
医療機関名			
※ 以下は、申請者が代理人の場合のみ御記入ください。			
代 理 人 住 所		続 柄	
代 理 人 氏 名		電話番号	自宅・携帯

助成金振込先口座

金融機関名		支 店 名	
預 金 種 別	普 通 ・ 当 座	口 座 番 号	
フリガナ 口 座 名 義			

添付書類

- 1 妊婦健診アクセス支援事業助成金申請書  
（青森県妊婦健診アクセス支援事業実施要綱第 2 号様式）
- 2 母子健康手帳の写し
- 3 交通費に係る領収書