

様式第1号（第4条関係）

吉田町妊娠出産等応援パッケージ助成金交付申請書

年 月 日

吉田町長 様

申請者（対象者）

住所

氏名

吉田町妊娠出産等応援パッケージ助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。なお、助成金の決定に当たり、住民基本台帳等必要な書類の閲覧に同意します。

記

1 申請金額 \_\_\_\_\_ 円

2 出産日等

出 産（予 定）日	出産予定日	年 月 日	妊娠週数	週
	出産日	年 月 日		
対 象 者 （ 妊 産 婦 ）	氏名 住所 電話番号			
出 産（予定）児数	人			
出 産 医 療 機 関	名 称 所在地 電話番号			

3 振込先

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義(カナ)
		普通 当座		

4 添付書類 母子健康手帳の写し（出産予定日がわかるページ又は出生届出済証明）

この申請により取得した個人情報については、吉田町個人情報保護条例の規定に基づき、当該助成事務以外には使用しません。

（役場記入欄）

妊娠 32 週以降又は出産日から 6 か月以内の申請		85 日以後の出産	
出産日現在の住所		申請日現在の住所	
出生届		出産した児の数	