



(裏)

(2) 宿泊費

宿 泊 施 設 名	
宿 泊 施 設 所 在 地	
宿 泊 日	年 月 日～ 年 月 日 ( 泊 )
宿 泊 費 (1泊あたりの上限は9,000円)	( 円-2,000円) × ( ) 泊 円
⑤ 宿 泊 費 合 計	円

助 成 申 請 額 合 計 ( ④ + ⑤ )	円
----------------------------	---

3. 振込先

金融機関名		支店名	
預金の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		
	氏 名		

※振込先は、妊婦本人の口座に限ります。

(添付書類)

- 1 交通費及び宿泊費の領収書又は利用証明書等の写し
- 2 里帰り先している場合、里帰り先の居住地の住所を示す書類
- 3 母子健康手帳
- 4 その他町長が必要と認める書類