

待機宿泊費支援給付金申請書兼請求書

大潟村長 様

大潟村出産サポート費補助金交付要綱第6条1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1. 申請者の情報

		申請日		年	月	日
ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)			
氏名						
ふりがな		電話番号				
産婦氏名						
現住所	〒 南秋田郡大潟村字					
母子手帳 交付日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日			
健診先 医療機関		分娩先 医療機関				
備考						

2. 待機宿泊支援申請額・請求額

宿泊期間	宿泊先	宿泊 日数	宿泊料金	支給金額 (1人につき1泊上限1万円)
年 月 日～ 年 月 日		泊	円	円
年 月 日～ 年 月 日		泊	円	円
合計		泊		円

宿泊者氏名①		続柄	
宿泊者氏名②		続柄	

給付金申請（請求）額	円
------------	---

### 3. 受取方法

いずれかの受取方法のチェック欄（□）に『✓』を記入して、必要事項を記入してください。

- 交通費等支援給付金の受取口座への振込を希望（受取口座欄の記入は不要）
- 上記以外の口座（申請者様本人名義に限る）への振込を希望（受取口座欄の記入が必要）

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合			本店 支店 出張所
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
	口座名義人	ふりがな			
		氏名			

### 4. 誓約・同意事項

各項目のチェック欄（□）に『✓』を入れてください。誓約等が得られない場合は支給対象外となる場合があります。

- 給付金の支給要件の該当性等を審査するため、必要な住民基本台帳情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提出を他の行政機関等に求める・提出することに同意します。
- 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- この申請書は、村において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
- 給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還します。

この申請書兼請求書に記載されている内容について、相違ないことを確認しました。

令和      年      月      日

申請者署名 \_\_\_\_\_

#### 添付書類

- (1) 母子手帳の写し（出産日・出産した医療機関が分かるページ）
- (2) 宿泊料金が確認できる領収書等