

第 1 号様式（第 4 条関係）

中井町妊産婦移動助成事業利用申請書

年 月 日

中井町長 様

中井町妊産婦移動助成事業を利用したいので、次のとおり申請します。

1. 申請者

住 所	中井町	
氏 名		
電話番号		
母子健康手帳番号	出産日※	オンデマンドバス 利用者登録番号※

※申請時に記入できない場合は記入不要

2. 代理申請を行う場合

住 所		
氏 名		
電話番号		
申請者との 関係	配偶者・パートナー・親族（ ）・法定代理人	
上記の者を代理人と認 め申請を委任します。	申請者氏名（自署）	

※以下の欄は、記入しないでください。

代 理 人 確 認	運転免許証・パスポート・健康保険証 マイナンバーカード・その他（ ）	確 認 者 欄	
--------------	---------------------------------------	---------	--