

様式第1号（第8条関係）

朝日町妊婦に対する遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費  
助成金交付申請書兼請求書

朝日町長あて

次のとおり朝日町妊婦に対する遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費支援事業の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者	氏名 (妊婦本人)	(ふりがな)						
	生年月日	年	月	日	出産日	年	月	日
	住所	朝日町						
	電話番号							
分娩施設等について	出産前の居住地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先						
	里帰り先住所 (里帰りの場合のみ)							
	出産医療機関							
	出産医療機関所在地							
確認	<input type="checkbox"/> 住所地から最も近い分娩取扱施設まで概ね60分以上の移動時間を要する妊婦に該当します。 <input type="checkbox"/> 医学的な理由等により、周産期母子医療センターで分娩する必要がある妊婦に該当します。 <input type="checkbox"/> 上記に該当しません。 <input type="checkbox"/> 申請内容について医療機関等に照会することに同意します。							
助成申請額 (④ + ⑤)								円

振込先 (申請者と同じ)	金融機関名	銀行・金庫・農協							本店・支店・支所			
	指定口座	1 普通	2 当座	口座番号								
	ふりがな											
	口座名義											

【裏面に続きます】

助成申請額内訳

(1) 交通費

		行 き	帰 り
<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 公共交通機関	料金	円	円
	利用日	年 月 日	年 月 日
	① 小計	(行き) + (帰り) 円	
		行 き	帰 り
<input type="checkbox"/> 自家用車	路程	km×37円＝ 円	km×37円＝ 円
	② 小計	(行き) + (帰り) 円	
③交通費合計 (① + ②)		円	
④交通費申請額 (③ × 0.8) 注) 小数点以下切捨て		円	

(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)
⑤宿泊費申請額 注) 1泊上限9,300円	1泊料金 ( 円 -2,000円) × ( ) 泊 円

(添付書類)

- 1 移動手段の利用日及び利用料金が確認できる書類 (領収書・乗車証明書等)
- 2 宿泊施設名、宿泊者、宿泊日、宿泊日数及び宿泊費が確認できる書類 (領収書等)
- 3 母子健康手帳の「出産日及び分娩した施設、出産の状態、出産後の母体の経過」の分かるページの写し
- 4 医学的理由等により、周産期母子医療センターで出産する必要がある妊婦であることがわかる書類  
(医療機関が発行する入院時の診療報酬明細書に「ハイリスク妊婦管理加算」若しくは「ハイリスク分娩管理加算」が明記されているもの又は医師が記載した診断書若しくは入院診療計画書等) の写し