

様式第 1 号(第 5 条関係)

年 月 日

笛吹市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

妊婦に対する遠方の分娩取扱施設等への交通費等支援事業
助成金交付申請書兼請求書

交通費等支援事業助成金の交付について、笛吹市妊婦に対する遠方の分娩取扱施設等への交通費等支援事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請(請求)します。

1 申請額(請求額) _____ 円

2 申請者情報

申請者 (妊婦本人)	生年月日	年 月 日	出産日	年 月 日
	里帰り先住所 (里帰りの場合のみ)	〒 <input type="checkbox"/> 里帰り先住所に書類の発送を希望します。		
	分娩施設	施設名		
		所在地		
振込先 (妊婦本人)	金融機関名	銀行・信金 農協・信組	本店・支店 支所	
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付資料

- (1) 交通費又は宿泊費の領収書等(自家用車の場合は、経路が分かる書類)
- (2) 母子健康手帳の出産日が記載されている部分の写し
- (3) 振込口座情報を証明する書類等の写し
- (4) 周産期母子医療センターで出産する必要がある場合は、入院時の診療報酬明細書に「ハイリスク妊婦管理加算」又は「ハイリスク分娩管理加算」が記載されているものの写し又は診断書等
- (5) 里帰りしている場合は、里帰り先の居住地の住所を示す公的な書類
- (6) その他市長が必要と認める書類

裏面に続く

(裏面)

3 請求の内訳(※太枠内を記入して提出してください。)

(1) 交通費

行き	移動日	年 月 日	帰り	移動日	年 月 日
	出発場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先		出発場所	<input type="checkbox"/> 分娩取扱施設 <input type="checkbox"/> 周産期母子医療センター <input type="checkbox"/> 宿泊施設
	到着場所	<input type="checkbox"/> 分娩取扱施設 <input type="checkbox"/> 周産期母子医療センター <input type="checkbox"/> 宿泊施設		到着場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先
	総移動時間	時間 分		総移動時間	時間 分

	手段	申請者が支払った交通費(A)	添付書類	算定額(A)×0.8
内 訳	自家用車	総移動距離数 km×37 円 = 円 ※1km未満の端数は切捨て		円
	タクシー	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道 円	<input type="checkbox"/> 領収書 出発地: 到着地:	円
	その他	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道 円	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他	円
申請額(①交通費 計)				円

(2) 宿泊費

利用期間 (出産時の入院までの前泊分)	年 月 日～ 年 月 日(泊)
出産場所の近隣の宿泊施設名	
宿泊先住所	

	申請者が泊まった泊数	泊	添付書類	算定額
内 訳	(A) 上限 12,000 円	(B) 1日当たりの実際の宿泊費 円	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他	((A)又は(B)のいずれか少ない方の額-2,000円)×泊数(上限14泊)
	申請額(②宿泊費 計)			

(3) 請求額

①交通費	②宿泊費	申請額(③請求額)
円	円	円