

様式第1号（第5条関係）

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

年 月 日

加須市長 様

助成金の交付を受けたいので、加須市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要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 申請・請求者（妊婦本人）

ふりがな 氏名	印	生年月日	年 月 日
住所	埼玉県加須市		
連絡先			

2 分娩取扱施設

名 称			
住 所			
出産日	年 月 日		
種 別	☐ 住所地から ☐ 里帰り先の居住地から※1	☐ 最も近い分娩取扱施設 ☐ 周産期母子医療センター※2	
※1 里帰り先の居住地（ ）			
※2 医学的な理由等により周産期母子医療センターで分娩をする必要がある妊婦に該当しますか ☐ はい（ ） ☐ いいえ			

3 経費

(1) 交通費 ※3 自家用を利用した場合は、1 kmにつき37円で算出してください。

往路	手 段	☐ 自家用車※3 ☐ タクシー ☐ バス ☐ 電車			
	経 路	— — —			
	時間・距離	分・ km	分・ km	分・ km	
	有料道路使用	区間（ ～ ）			円
	自己負担額	① 円			
復路	手 段	☐ 自家用車 ☐ タクシー ☐ バス ☐ 電車			
	経 路	— — —			
	時間・距離	分・ km	分・ km	分・ km	
	有料道路使用	区間（ ～ ）			円
	自己負担額	② 円			
請求額（小計）		(① + ②) × 0.8 = ③ 円			

（裏面あり）

(2) 宿泊費

宿泊施設名	
宿泊施設住所	
宿泊日	年 月 日 ~ 年 月 日
自己負担額	④ 円 ※1泊の上限 13,100 円
請求額 (小計)	④ - (2,000 円×宿泊数 () 泊) = ⑤ 円

請求額 (合計) ③+⑤	円
--------------	---

4 振込口座

金融機関名		支店名	
金融機関コード		支店コード	
分 類	1 普通 2 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

【誓約・同意事項】

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の助成金を希望する場合は、下記の全ての項目を確認し、□にチェック✓を記入してください。

次の全ての事項について、誓約及び同意します。

☐ 審査に当たり、市が保有する個人情報を利用し、又は医学的理由等により周産期母子医療センターで分娩の必要があると判断した医療機関等に対して問い合わせることに同意します。

☐ 偽りその他不正の手段等により助成を受けた場合は、助成金を返還します。

誓約・同意事項の内容に相違ありません。

記入日 年 月 日

申請・請求者氏名

5 添付書類

- (1) 出産日と出産場所が記載されている母子健康手帳の写し
- (2) 実費額を証明できる領収書または領収書に類する書類
(交通費は、タクシー、有料道路・高速道路を利用した場合のみ)
- (3) 周産期母子医療センターを利用する医学的な理由等を証明する書類
(周産期母子医療センターの場合)
- (4) 里帰り先の居住地の住所を示す公的な書類 (里帰りの場合)
- (5) 本人確認書類 (マイナンバーカード、運転免許証等)
- (6) 妊婦本人の振込口座が分かるもの (通帳やキャッシュカード等) の写し
- (7) その他市長が必要と認める書類