様式第１号（第６条関係）

南島原市妊産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助成申請書兼請求書

年　　月　　日

南島原市長　　様

下記のとおり妊婦健診交通費等の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。
なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

申請者（妊産婦本人）	氏　名	生年月日	母子健康手帳番号	出産日
	印	年　　月　　日	交付日：	年　　月　　日
住　所	〒　　－　　南島原市 ［里帰り出産の場合］里帰り先住所：		電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿	
妊婦健診/出産医療機関	住所地からの最短距離数：　　km、最短移動時間　　分 （※小数点以下は切捨て）			

【同意書】申請書の提出に際し、助成金交付審査等に必要となる事項について、必要に応じて受診医療機関へ内容確認を行うこと及び住民基本台帳で閲覧することを同意します。　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※本人が手書き（署名）しない場合は、記名押印してください。

	受診日	申請者が支払った交通費（A）			交通費申請額
		自家用車	公共交通機関	タクシー	（A）×0.8
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
妊婦健診	年　月　日	円	円	円	円
出 産 時	年　月　日～ 年　月　日	円	円	円	円
交通費申請額の計 ①					**円**

出 産 時 宿 泊	宿泊期間	申請者が支払った宿泊費（B） ※市旅費規程による額が上限	本人負担額（C） 2,000円×泊数	**宿泊費申請額 ②** （B）－（C）	**円**
	年　月　日～ 年　月　日	円	円		
申請額合計 ①＋②					**円**

振込先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義（フリガナ）
申請者の口座に限ります。			普通　・当座		

〈添付書類〉

1　母子健康手帳のうち、当該妊婦健診を受診したこと及び出産の状態が分かる部分の写し
2　交通費に係る領収書又は金額の根拠となる資料（タクシー又は公共交通機関を利用した場合）
2　宿泊費に係る領収書又は金額の根拠となる資料（有料の宿泊施設を利用した場合）
3　医師の診断書等の医学的な理由を証するに足りる書類又は南島原市妊産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助成対象者証明書（様式第２号）（周産期母子医療センター等を受診した場合）
4　本人であることを証明する書類（マイナンバーカード（表面）、運転免許証又は在留カードの写し）
5　通帳又は振込先の分かるものの写し