

妊婦にやさしい遠方出産支援事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

南相馬市長 様

関係書類を添えて、次のとおり（交通費・宿泊費）の助成を申請します。

また、南相馬市が必要に応じ、この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。

申請者（妊産婦本人）	(ふりがな) 氏名	印	生年月日 年 月 日
住所（住民票上の住所）	〒		連絡先
居住地（里帰り先）	〒		連絡先
同行者（同行者の宿泊費を申請する場合のみ）	(ふりがな) 氏名		生年月日 年 月 日
住所（住民票上の住所）	〒		連絡先
振込先			
金融機関	銀行 金庫 組合	本店 支店・支所 出張所	預金種別 普通・当座・その他
フリガナ 口座名義人		口座番号	

1 妊産婦の健康診査・分娩した施設・移動距離について

①	<input type="checkbox"/> 妊婦の健康診査 <input type="checkbox"/> 分娩 <input type="checkbox"/> 産婦の健康診査	施設名：	所在地：
	居住地： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先	居住地～産科医療機関・分娩取扱施設等の距離 km	
②	<input type="checkbox"/> 妊婦の健康診査 <input type="checkbox"/> 分娩 <input type="checkbox"/> 産婦の健康診査	施設名：	所在地：
	居住地： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先	居住地～産科医療機関・分娩取扱施設等の距離 km	
③	<input type="checkbox"/> 妊婦の健康診査 <input type="checkbox"/> 分娩 <input type="checkbox"/> 産婦の健康診査	施設名：	所在地：
	居住地： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先	居住地～産科医療機関・分娩取扱施設等の距離 km	

2 妊婦の健康診査時の移動手段（受診回数上限14回（妊娠後期に遠方の分娩予定施設に切り替えた場合7回））

回数	受診日	移動手段	回数	受診日	移動手段
1	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車	8	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車
2	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車	9	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車
3	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車	10	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車
4	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車	11	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車
5	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車	12	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車
6	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車	13	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車
7	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車	14	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車

3 分娩時の移動手段

回数	分娩日	移動手段
1	年 月 日	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車

4 産婦の健康診査時の移動手段（受診回数上限2回・タクシーは対象外）

回数	受診日	移動手段	回数	受診日	移動手段
1	年 月 日	<input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車	2	年 月 日	<input type="checkbox"/> バス・電車 <input type="checkbox"/> 自家用車

5 交通費（2～4で記載した居住地から施設までの移動手段ごとの交通費を記入してください。）

① の 施設	<input type="checkbox"/> タクシーを利用 (産婦の健康診査は対象外)	行き		円						
		帰り		円						
		小計④		円	×		回	=		円
	<input type="checkbox"/> 公共交通機関を利用	行き		円						
		帰り		円						
		小計⑤		円	×		回	=		円
	<input type="checkbox"/> 自家用車等を利用	往復		km	×		円	=		円
		行き		km	×		円	=		円
		帰り		km	×		円	=		円
小計⑥			円	×		回	=		円	
② の 施設	<input type="checkbox"/> タクシーを利用 (産婦の健康診査は対象外)	行き		円						
		帰り		円						
		小計⑦		円	×		回	=		円
	<input type="checkbox"/> 公共交通機関を利用	行き		円						
		帰り		円						
		小計⑧		円	×		回	=		円
	<input type="checkbox"/> 自家用車等を利用	往復		km	×		円	=		円
		行き		km	×		円	=		円
		帰り		km	×		円	=		円
小計⑨			円	×		回	=		円	
③ の 施設	<input type="checkbox"/> タクシーを利用 (産婦の健康診査は対象外)	行き		円						
		帰り		円						
		小計⑩		円	×		回	=		円
	<input type="checkbox"/> 公共交通機関を利用	行き		円						
		帰り		円						
		小計⑪		円	×		回	=		円
	<input type="checkbox"/> 自家用車等を利用	往復		km	×		円	=		円
		行き		km	×		円	=		円
		帰り		km	×		円	=		円
小計⑫			円	×		回	=		円	
交通費合計 (④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨+⑩+⑪+⑫) ⑬									円	
交通費申請額 (⑬×0.8) ⑭									円	

6 宿泊費

宿泊施設名											
宿泊施設所在地											
宿泊数	妊婦		泊	(	年	月	日	～	年	月	日)
	同行者		泊	(	年	月	日	～	年	月	日)
宿泊費	妊婦	(	円	－	2000円)	×		泊	=		円
	同行者	(	円	－	2000円)	×		泊	=		円
宿泊費合計申請額⑮										円	

合計申請額 (⑭+⑮)	円
-------------	---