

相馬市妊婦にやさしい遠方出産支援事業助成申請書兼請求書

年 月 日

相馬市長

相馬市妊婦にやさしい遠方出産支援事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、助成金の交付を申請（請求）します。

申請者名 (妊婦本人)	(フリガナ) 印	生年月日 年 月 日
同行者名 (同行者の 宿泊費を申請する場合 のみ)	(フリガナ) 	生年月日 年 月 日
住所 (住民票の住所)		連絡先
出産日	年 月 日	
助成申請額 (⑤+⑥)	円	

1 分娩取扱施設等

分娩前の居住地	☐ 自宅 ☐ 里帰り先
(里帰りの場合) 里帰り先住所	都道府県 市区町村 様方
	連絡先：
	名 称：
分娩取扱施設等	所在地：

2 確認・同意事項

- 以下の内容を確認し、該当する項目のチェック欄（□）に「✓」を入れてください。
- ☐ 住所地から最も近い分娩取扱施設までおおむね 60 分以上移動時間を要します。
 - ☐ 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ります。
 - ☐ 他市町村において同種の助成金を受給していません。
 - ☐ 助成金の交付要件の該当性等を審査するため、住民基本台帳情報の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求めることに同意します。

3 交通費

旅程	(1) 自宅 (又は里帰り先) ～ 出産医療機関		=	km	
	(2) 出産医療機関 ～ 自宅 (又は里帰り先)		=	km	
□ タクシー	行き		円	行き利用日	年 月 日
	帰り		円	帰り利用日	年 月 日
	小計①		円		
□ 公共交通機関	行き		円	行き利用日	年 月 日
	帰り		円	帰り利用日	年 月 日
	小計②		円		
□ 自家用車	行き		km	×	円 =
	帰り		km	×	円 =
	小計③				
交通費合計 (①+②+③) ④					円
交通費申請額 (④×0.8) ⑤					円

4 宿泊費

宿泊施設名					
宿泊施設所在地					
宿泊日	妊婦	年 月 日 ～ 年 月 日 (泊)			
	同行者	年 月 日 ～ 年 月 日 (泊)			
宿泊費	妊婦	(円－2,000 円) × () 泊＝			円
	同行者	(円－2,000 円) × () 泊＝			円
宿泊費合計⑥					円

5 振込先

金融機関名	銀行・組合・金庫		支店名	
預金種目	1 普通 2 当座 3 その他 ()			
口座番号	※番号は右詰めをお願いします			
口座名義	カナ			
	漢字			

<注意> 振込先の**口座名義**は、**申請者（妊婦）**と同じ名義になります。

添付書類

- 1 出産日及び分娩した施設が確認できる母子健康手帳等の写し
- 2 タクシー、鉄道、バス等の公共交通機関の利用日及び利用料金が確認できる領収書等の写し
- 3 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領収書等の写し
- 4 出産に係る領収書及び明細書、医師の診断書等
(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限る。)
- 5 助成金の振込先となる金融機関の通帳等の写し
- 6 1 から 5 までに掲げる書類のほか、市長が必要と認める書類