

様式第1号（第5条関係）

荅北町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支援事業費補助金
交付申請書兼請求書

年 月 日

荅北町長 様

申請者 住所

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

荅北町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支援事業費補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。

申請区分	通常 ・ ハイリスク
------	------------

里帰り先の住所 (里帰りの場合)			
分娩した医療機関名		満床による医療 機関変更	変更有 ・ 変更無
交通費（往路）	<input type="checkbox"/> 自家用車：距離 km(1km未滿切捨)×37円×0.8= 円 <input type="checkbox"/> 自家用車以外：実費額 円×0.8= 円		
交通費（復路）	<input type="checkbox"/> 自家用車：距離 km(1km未滿切捨)×37円×0.8= 円 <input type="checkbox"/> 自家用車以外：実費額 円×0.8= 円		
宿泊費 (上限あり)	実費額 - (2,000円× 泊) = 円		
申請額（請求額）合計 (交通費+宿泊費)			円
振込先	<input type="checkbox"/> 町登録口座を使用する		
	金融機関名		
	支店名		
	預金種別	普通 ・ 当座	
	(ふりがな) 口座名義人		
口座番号			

裏面も記入をお願いします。

※登録口座希望の場合は、登録口座に変更等ないか担当者が口頭で確認をお願いします。(担当者使用欄 : 確認済)

様式第1号（第5条関係）

同意書

この申請に基づく、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支援事業費の補助に関し、審査に必要な情報（住民基本台帳、検索サイト等による移動時間・距離・料金、ハイリスク妊婦判定に必要な情報等）を芥北町が調査することに同意します。また、町税等の納付状況を閲覧することに同意します。

署名日 年 月 日

署名

添付書類

- (1) 交通費（タクシー代）に係る領収書（利用日がわかるもの）の写し
- (2) 宿泊費に係る領収書（宿泊者氏名、利用日がわかるもの）の写し
- (3) 出産日及び分娩した施設がわかるもの（母子健康手帳等）の写し
- (4) ハイリスク妊婦であることがわかるもの（入院時の診療報酬明細書に「ハイリスク妊婦管理加算」または「ハイリスク分娩管理加算」が記載されているもの）の写し
- (5) 前4号に掲げるもののほか、町長が特に必要と認める書類