

つるぎ町妊産婦健診交通費等助成事業補助金交付申請明細書

年 月 日

申請者 住所
氏名
(妊婦との続柄)

(出産)

| | | | | |
|-------|--------|-------|-------|-------|
| 助成対象者 | フリガナ氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 出産予定日 | 年 月 日 | 出産年月日 | 年 月 日 |

| | | |
|----------|--------|-----|
| 上記以外の住所地 | フリガナ氏名 | |
| | 住所 | 〒 - |
| | 電話番号 | |

【交通費】

| 利用日 | 移動経路 ※出発地～目的地 | 交通手段 | 実費金額 | 算定金額 ※つるぎ町記載欄 |
|-------|------------------|------|------|------------------|
| 年 月 日 | ～ | | 円 | 円 |
| 年 月 日 | ～ | | 円 | 円 |
| 年 月 日 | ～ | | 円 | 円 |
| 年 月 日 | ～ | | 円 | 円 |
| 年 月 日 | ～ | | 円 | 円 |
| 年 月 日 | ～ | | 円 | 円 |
| 年 月 日 | ～ | | 円 | 円 |

【宿泊費】

| 利用期間 | 宿泊数 | 宿泊施設名 | 実費金額 | 算定金額 ※つるぎ町記載欄 |
|--------------------|-----|------------|------|------------------|
| 年 月 日から 年 月 日まで | 泊 | 名称： 住所： | 円 | 円 |
| 年 月 日から 年 月 日まで | 泊 | 名称： 住所： | 円 | 円 |
| 年 月 日から 年 月 日まで | 泊 | 名称： 住所： | 円 | 円 |

【合計金額（交通費+宿泊費）】

| | | | |
|--------|---|--------------------|---|
| 実費金額合計 | 円 | 算定金額合計 ※つるぎ町記載欄 | 円 |
|--------|---|--------------------|---|

※裏面をご覧ください。

1 申請上の注意

- (1) 申請書提出の際に、母子健康手帳の写し（診療日、出産日及び出産予定日が記載されている部分）を添付すること。
- (2) 診療明細書及び領収書（母子健康手帳に記録されている日以外に対象産科医療機関で妊娠・出産に係る疾患の受診をした場合及び同じ対象産科医療機関の他科で妊娠・出産に係る疾患の受診をした場合）を添付すること。
- (3) 交通費に係る領収書（タクシー、バス、電車などの公共交通機関を使用した場合）及び宿泊費に係る領収書を添付すること。
※ タクシーの領収書にはボールペン等で発着地を記載すること。

2 記載上の注意

- (1) バス及び鉄道を利用した場合は、自宅又は宿泊施設と対象産科医療機関との間において通常利用される停留所間又は駅間の料金を記入すること。なお、往復で利用した場合は、往復料金を記入すること。
- (2) 自家用車を利用した場合は、日付、移動経路及び交通手段の欄のみ記入し、金額は記入しないこと。

※確認のため、保健センター職員による聞き取りを行うことがあります。
ご了承ください。