

松川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申請書兼請求書

松川町長

申請者
住所
(里帰り先住所)
氏名
電話番号

次のとおり、松川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補助金を申請します。
また、松川町が必要に応じ、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。

(※太枠内を記入し提出してください。)

1.申請（請求額） 円

2.交通費及び宿泊費の内訳

【①交通費】

移動日（往路）	年 月 日	移動日（復路）	年 月 日
出発場所	☐ 自宅 ☐ 里帰り先	出発場所	☐ 分娩取扱施設等 ☐ 宿泊施設
到着場所	☐ 分娩取扱施設等 ☐ 宿泊施設	到着場所	☐ 自宅 ☐ 里帰り先
総移動時間	時間 分	総移動時間	時間 分

内 訳	手段	支払った交通費（A）	添付書類	算定額（A）×0.8
	自家用車	総移動距離数 km×37 円 ＝ 円（※1 km未満は切り捨て） 高速道路利用 有・無 利用区間： ～ 利用料金： 円	（高速道路を利用した場合） ☐ 領収書又は利用証明書	円
	タクシー	☐ 往復 ☐ 片道 円	☐ 領収書 出発地： 到着地：	円
	その他	☐ 往復 ☐ 片道 円	☐ 領収書	円
	申請額（①交通費計）			円

〈裏面に続きます〉

【②宿泊費】

利用期間（出産時の入院までの前泊分）	年 月 日 ～ 年 月 日（泊）
宿泊先（出産場所の近隣の宿泊施設）	
宿泊先住所	

内 訳	泊まった泊数 ※上限 14 泊（A）	支払った額 ※上限 10,000 円/泊（B）	添付書類	算定額 （B）－（A）×2,000 円
	泊	円	☐ 領収書 ☐ その他	円
申請額（②宿泊費計）				円

【補助金申請額（①交通費＋②宿泊費）】

①交通費	②宿泊費	③補助申請額（①＋②）
円	円	円

3.分娩施設等について

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	〒 ー 様方	
分娩施設	施設名：	
	所在地：	

4.確認（確認者氏名：_____）

- ☐住所地から最も近い分娩取扱施設まで概ね 60 分以上移動時間を要する
- ☐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

5.振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 支所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			
（申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。）			
上記の口座名義人に委任します。		申請者	印

※その他の必要書類について

- ①領収書または利用証明書の写し
- ②母子健康手帳の写し