

妊婦にやさしい遠方出産支援事業助成金申請書

年 月 日

いわき市長 様

関係書類を添えて下記のとおり(交通費)の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日					
申請者(妊婦本人)		年 月 日					
住所(住民票上の住所)	〒	連絡先(自宅) (携帯)					
住所(里帰り先)	〒	連絡先(自宅) (携帯)					
助成申請額	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 円 (⑤を記載)						
(助成額内訳)							
1 旅程							
自宅(里帰り先)	~	産科医療機関等名					
		距離					
		移動時間(片道)					
		時間 分					
産科医療機関等名	~	自宅(里帰り先)					
		距離					
		時間 分					
2 交通費(受診1回につき)							
●公共交通機関 (鉄道、高速バス等) を利用	行き	円					
	帰り	円					
	小計①	円					
●自家用車を利用 (1km未満の端数は切り捨て)	行き	km × 37 円 = 円					
	帰り	km × 37 円 = 円					
	小計②	円					
交通費合計(①+②)③		円					
交通費申請額(③×0.8)④		円					
3 受診実績 ※ ④の金額を記載(片道の場合は、その額を記載)							
受診日	往復路	移動手段	金額(※)	受診日	往復路	移動手段	金額(※)
1 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車		8 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車	
2 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車		9 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車	
3 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車		10 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車	
4 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車		11 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車	
5 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車		12 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車	
6 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車		13 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車	
7 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車		14 年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車	
合計⑤							

※妊婦健診を受診した施設が、住所地(里帰りの場合、里帰り先)から最も近い産科医療機関等でない場合

医学的・社会的な理由: