様式第１号（第５条関係）

（表）

森町産婦に対する遠方の産科医療機関等で受診する産婦健診時にかかる交通費助成金交付申請書兼請求書

森町長　太田　康雄　様

年　　月　　日

申請者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連　絡　先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

森町産婦に対する遠方の産科医療機関等で受診する産婦健診時にかかる交通費助成について、関係書類を添えて申請(請求)します。

また、森町が必要に応じ、この申請書兼請求書の内容について産科医療機関等に照会することに同意します。

１．産婦健診にかかる事項について

産科医療機関等名			
産科医療機関等住所			
産婦氏名		生年月日	年　　月　　日
産婦健診受診時居住地	□　自宅　　□　里帰り先		
産婦里帰り先住所			
出産日	年　　月　　日		
確認	□　住所地から最も近い産科医療機関等まで概ね 60 分以上移動時間を要する。 □　医学上の理由等により、周産期母子医療センターで分娩する必要があった。 理由（　　）		

２．交通費

	利用日	公共交通機関（往復）	自家用車（往復）※１km未満の端数は切捨て	交通費
1	年　月　日	円	@37 円×　　km＝　　円	円
2	年　月　日	円	@37 円×　　km＝　　円	円
交通費合計				円
交通費申請額（交通費合計×0.8）				円

３．振込先

金融機関名		支店名	
預金の種類	普通　・　当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		
	氏　名		

※振込先は、産婦健診受診者の口座に限ります。

（裏）

（添付書類）
1　交通費の領収書又は領収書に類する書類の写し
2　里帰り先している場合、里帰り先の居住地の住所を示す書類
3　母子健康手帳
4　助成対象となる産婦健診を受診した医療機関等の領収書
5　その他町長が必要と認める書類