様式第１号(第６条関係)

天草市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助成申請書

年　　月　　日

　天草市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住 所

　　　　　　　　　　　　　 　　申請者　氏　　名

　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

関係書類を添えて、次のとおり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の助成を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請区分 | 通常　　・　　ハイリスク |

|  |  |
| --- | --- |
| 里帰り先住所（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） | □自家用車：距離　　　ｋｍ（1km未満切捨）×37×0.8＝　　　　 円□自家用車以外：実費額　　　　　　　　　　　　 円×0.8＝　 　 円 |
| 交通費（復路） | □自家用車：距離　　　ｋｍ（1km未満切捨）×37×0.8＝　　　　 円□自家用車以外：実費額　　　　　　　　　　　　 円×0.8＝　 　 円 |
| 宿泊費（実費額は、1泊9,800円が上限） | 実費額　　　 　　　　　　―（2,000円×　　泊数）＝　　　　　 円 |
| 申請額合計（交通費＋宿泊費） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 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

|  |
| --- |
| 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の助成に関し、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）を天草市長が調査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（利用日もわかるもの）の写し

（２）宿泊費に係る領収書（宿泊者氏名、利用日もわかるもの）の写し

（３）出産日がわかるもの（母子健康手帳等）の写し

（４）ハイリスク妊婦がわかるもの（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、市長が特に必要と認める書類