【出産時交通費・宿泊費用】

様式第１号(第７条関係)

天草市妊産婦等に対する遠方の分娩取扱施設等への交通費等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、次のとおり妊産婦等に対する遠方の分娩取扱施設等への交通費等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	名称： 住所：
満床による医療機関変更	変更有　・　変更無

１　交通費

往路 （　年　月　日） □自宅 □里帰り先	□自家用車：距　離	ｋｍ（1km未満切捨）× 37円 × 0.8 ＝		円
	□タクシー：実費額		円 × 0.8 ＝	円
	□バ　　ス：実費額		円 × 0.8 ＝	円
	□電　　車：実費額		円 × 0.8 ＝	円
復路 （　年　月　日） □自宅 □里帰り先	□自家用車：距　離	ｋｍ（1km未満切捨）× 37円 × 0.8 ＝		円
	□タクシー：実費額		円 × 0.8 ＝	円
	□バ　　ス：実費額		円 × 0.8 ＝	円
	□電　　車：実費額		円 × 0.8 ＝	円

２　宿泊費

利用期間	年　月　日 ～　年　月　日	
宿泊費 （上限額12,000円/泊）	実費額　　円 － (2,000円×　泊) ＝	円
宿泊施設名		

３　申請額

申請額合計 （交通費＋宿泊費）	円

４　振込先

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 ［申請者と同じ］							
	口座番号							

同意書

この申請に基づく審査に必要な情報（住民基本台帳、公共交通機関の事業所や医療機関への問い合わせ等）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）母子健康手帳の写し
（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「ハイリスク妊娠管理加算」、「ハイリスク分娩等管理加算」、「総合周産期特定集中治療室管理料」のうち、いずれか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