

対馬市遠方妊婦健診交通費支援事業助成金 交付申請書兼請求書

年 月 日

対馬市長 様

住 所

申請者 妊産婦氏名 ㊞

生年月日 年 月 日

電話番号

関係書類を添えて、次のとおり遠方妊婦健診交通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） | |
| 妊婦健康診査を受診した医療機関 | 名称： 住所： |

1 妊婦健康診査時の交通手段

（受診回数上限14回（妊娠後期に遠方の分娩取扱施設に切り替えた場合7回）・タクシー対象外）

| 回 | 受診日 | 経路 | 交通手段 | 金額(円) | |
|----|-------|----|------|---|--|
| 1 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 2 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 3 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 4 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 5 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 6 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 7 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 8 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 9 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 10 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 11 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 12 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 13 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 14 | 年 月 日 | 往路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 復路 | ～ | <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

※経路の欄については、自宅又は里帰り先から最寄りの妊婦健診実施医療機関まで、通常利用される停留所間又は駅間を記入してください。

※金額の欄については、自家用車以外を利用した場合、支払った金額を記入してください。

2 交通費

| | | | | |
|-------|-------------|--------------|----------------|-------|
| □自家用車 | (片道) 距離 | km (1km未満切捨) | × 40 円 × 0.8 = | 円 (a) |
| | 小計 ① | (a) | 円 × 回利用 = | 円 |
| □バス | (片道) 実費額 | | 円 × 0.8 = | 円 (b) |
| | 小計 ② | (b) | 円 × 回利用 = | 円 |
| □() | (片道) 実費額 | | 円 × 0.8 = | 円 (c) |
| | 小計 ③ | (c) | 円 × 回利用 = | 円 |
| □() | (片道) 実費額 | | 円 × 0.8 = | 円 (d) |
| | 小計 ④ | (d) | 円 × 回利用 = | 円 |
| 申請額 | 円 (①+②+③+④) | | | |

| | |
|------------------|---|
| 【市記載欄】 市助成決定額 | 円 |
|------------------|---|

3 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 [申請者名と同じ] | | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | |

同意書

この申請に基づく、遠方妊婦健診交通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又は利用証明書等の写し（利用日もわかるもの）
- (2) 母子健康手帳の写し
- (3) ハイリスク妊婦であることがわかるもの（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
- (4) 妊産婦本人の振込口座が分かるものの写し
- (5) その他、市長が必要と認める書類