（様式第1号）

南木曽町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

助成金交付申請書兼請求書

年　 月 　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | 南木曽町 | 連絡先 |  |
| 里帰り先住所 |  |
|  | 　　　　　　　　　　　　㊞ | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 出産場所（施設名・住所） | □最寄りの分娩施設　　□周産期母子医療センター |
| 出 産 日 | 年　 月 　日　 | 退 院 日 | 年　 月　 日　 |

南木曽町長　様

※申請者は、太枠内にご記入ください。

　下記の通り助成金の交付を申請（請求）します。

記

【交通費】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用日 | 往路 | 年　　月　　日 | 復路 | 年　　月　　日 |
| 経路(移動時間) |  　～　　 　　　( 　 分) |  　～　　 　　　( 　 分) |
| 交通手段 | □電車　□バス　□タクシー□その他（　　　　　　　　　　）□自家用車＠25円×　　㎞＝　　　　　円※１㎞未満の端数は切捨て | □電車　□バス　□タクシー□その他（　　　　　　　　　　）□自家用車＠25円×　　㎞＝　　　　　円※１㎞未満の端数は切捨て |
| 交通費 | 　実費額　　　　　　　　　　　円 | 　実費額　　　　　　　　　　　円 |
| 町記載欄 | 申請額(A)　交通費実費額合計　　　　　　　　円×0.8＝　　　　　　　　円 |

【宿泊費】

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日 | 年　 月　 日～　　　　　年　 月 　日（　　泊）※上限泊数14泊 |
| 宿泊先 | 施設名 |  | 住所 |  |
| 宿泊費 | 実費額　　　　　　　　円×　　　泊＝　　　　　　　　　　円 |
| 町記載欄 | １泊上限額11,000円 | ※実費額が上限額を超える場合は上限額とする申請額(B)(　　 　　円－2,000円）×　　泊＝　　　　　　円 |
| 申請額合計(A)+(B) |  　　　　 円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店等名 |  |
| 口　　　座 | 種 　別 |  |  |  |
| 口座番号 |  |

※添付書類　母子手帳の写し、交通費・宿泊費に係る領収書等

|  |
| --- |
| 私は南木曽町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金交付申請の提出に際し、助成金交付審査に必要となる事項について、町、医療機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。年　　月　　日　　　　　申請者（署名）　　　　　　　　　　　　 |

周産期母子医療センターを利用する医学的な理由が確認できる診療明細書等