

遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費助成申請書

年 月 日

湯沢町長 様

必要書類を添えて、下記の通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助成を申請します。

なお、本申請に係る審査に当たり、湯沢町が住民記録を確認し、及び医療機関等に必要な情報について調査することを承諾します。

記

1. 申請者

氏名 (妊婦本人)	(ふりがな)		
住所	〒		
電話番号		出産日	年 月 日

2. 分娩取扱施設等について

分娩前の居住地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先		
里帰り先住所			
出産医療機関	名称		
	住所		
確認	<input type="checkbox"/> 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る妊婦に該当します <input type="checkbox"/> 上記に該当しません		
助成申請額 (①+②)	円		

(裏面に続きます)

3. 助成内訳

(1) 交通費（タクシー利用の場合に限る）

旅 程	(1) 居住地から医療機関までの移動距離_____ km			
	(2) 移動にかかった時間 _____ 時間 _____ 分			
タクシー利用日 及び利用料金	行き	円	行き利用日	年 月 日
	帰り	円	帰り利用日	年 月 日
交通費合計				円
①交通費申請額 (交通費×0.8)				円

(2) 宿泊費

宿泊施設名				
宿泊施設所在地				
宿泊日	年 月 日	～	年 月 日	(泊)
宿泊費 (1泊あたりの上限は、7,000円)	(円-2,000円) × (泊)			円
②宿泊費申請額				円

添付書類

- 1 タクシーの利用日及び利用料金が確認できる書類（領収書・乗車証明書等）
- 2 宿泊者、宿泊日、宿泊日数、食事代その他宿泊料以外の経費を除いた金額がわかる書類（領収書等）
- 3 出産日、出産した施設が確認できる書類（母子健康手帳等）
- 4 その他町長が必要と認める書類