様式第２号（第13条関係）

妊婦健康診査等交通宿泊費助成事業助成金交付申請書

年　　　月　　　日

標 津 町 長　　様

（申請者）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

標津町あんしん出産支援事業等に関する要綱第13条の規定により、出産に係る交通費及び宿泊費の助成を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | | 住　所： | | | |
| 氏　名：　　　　　　　　　　　　TEL： | | | |
| 出　産　日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 助成金申請額 | | 円 | | | |
| 交　通　費 | | 申　請　額 |  | | |
|  | 産前健診① | 医療機関名 |  | | |
| 助成金額 | 400円 × 　　　　回 ＝ 　　　　　　　円 | | |
| 産前健診② | 医療機関名 |  | | |
| 助成金額 | 2,600円 × 　　　　回 ＝　　　　　　　 円 | | |
| 出　　　産 | 医療機関名 |  | | |
| 助成金額 | 400円　・　2,600円 | | |
| 産後健診 | 医療機関名 |  | | |
| 助成金額 | 400円　・　2,600円 | | |
| 宿　泊　費 | | 申　請　額 |  | | |
| 助成単価 | 円 | 宿泊数 | 泊 |
| 助成金振込先 | | 金融機関名 |  | | |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義 |  | | |

※交通費助成単価：周産期母子医療センター・・・2,600円

　　　　　　　　　　それ以外の医療機関　　・・・　400円

※宿泊費助成単価：宿泊に係る実支出額の2/3（上限3,000円）

※以下は記入しないでください。

【審査欄】

周産期母子医療センターでの受診確認

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 交 通 費 | 宿 泊 費 | 計 |
| 申 請 額 | 円 | 円 | 円 |
| 支 給 額 | 円 | 円 | 円 |

　※添付書類　　　□ 母子健康手帳の写し

　　　□ 宿泊施設からの領収書