

人吉市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金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

人吉市長 様

申請者 住所 人吉市

氏名 印

電話番号

人吉市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金交付要項第5条の規定により、助成金の交付を受けたいので関係書類を添えて申請します。

申請区分 (○をつけてください。)	通常 ・ ハイリスク
-------------------	------------

1 分娩情報等

分娩した医療機関名	
分娩日	令和 年 月 日
里帰り先住所 ※該当者のみ	

2 交通費 (請求者の交通費のみ計上)

往路	出発場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先 <input type="checkbox"/> その他 ( )	到着場所	<input type="checkbox"/> 分娩取扱施設 <input type="checkbox"/> 周産期母子医療センター <input type="checkbox"/> 宿泊施設
	自家用車	距離( )km(1km未満切捨)×37円×4/5=( )円(1円未満切捨)① ① と上限 4,000 円を比較して低い方の金額 ( )円(A)		
	タクシー	実費額( )円×4/5=( )円(1円未満切捨)② ② と上限 16,000 円を比較して低い方の金額 ( )円(A)		
	公共交通機関等	実費額( )円×4/5=( )円(1円未満切捨)③ ③ と上限 4,000 円を比較して低い方の金額 ( )円(A)		
復路	出発場所	<input type="checkbox"/> 分娩取扱施設 <input type="checkbox"/> 周産期母子医療センター	到着場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	自家用車	距離( )km(1km未満切捨)×37円×4/5=( )円(1円未満切捨)① ① と上限 4,000 円を比較して低い方の金額 ( )円(B)		
	タクシー	実費額( )円×4/5=( )円(1円未満切捨)② ② と上限 16,000 円を比較して低い方の金額 ( )円(B)		
	公共交通機関等	実費額( )円×4/5=( )円(1円未満切捨)③ ③ と上限 4,000 円を比較して低い方の金額 ( )円(B)		

3 宿泊費（請求者の宿泊費のみ計上）上限 14 泊

利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
利用施設	
宿泊費	実費額( 円) - 2,000 円 = ( )円① ① と 6,000 円を比較して低い方の金額 ( )円② ( )円② × ( )泊 = ( )円(C)

4 申請額

交通費 (A)	交通費 (B)	宿泊費(C)	合計
円	円	円	円

5 振込先口座（請求者の口座に限ります）

金融機関名				支店名	支店・支所				
口座	種目	1 普通 2 当座	口座番号						
	フリガナ								
	名義人氏名								

※ 原則として、請求者(対象妊婦)本人名義の口座を御記入ください。

同意書	
人吉市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金交付要項に基づく申請に当たり、次の事項について同意します。	
1 市長が私の住民基本台帳を調査すること。 2 市長が公共交通機関の事業所、宿泊した施設又は医療機関へ問い合わせること。 3 その他、健康診査又は乳幼児医療の受診の状況等、今回の申請における関係資料の調査又は閲覧をすること。	
年 月 日	
署名	

添付書類

- 親子(母子)健康手帳の写し（出産日及び出産予定日が記載されている部分）
- ハイリスク妊婦管理加算、ハイリスク分娩等管理加算又は総合周産期特定集中治療室管理料が記載されたものが分かる診療明細書の写し（申請区分をハイリスクの区分で申請する場合に限る。）
- 交通費に係る領収書又はこれに類する書類の写し（自家用車で移動した場合は除く。）
- 宿泊費に係る領収書又はこれに類する書類の写し（宿泊施設を使用した場合に限る。）
- その他市長が必要と認めるもの

市記入欄

<input type="checkbox"/> 住民及び居住確認（ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当） <input type="checkbox"/> 申請期限※出産後1年（ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当） <input type="checkbox"/> ハイリスクの場合、診療明細書等でハイリスク加算の確認（ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当） <input type="checkbox"/> 領収書の確認（ <input type="checkbox"/> 自家用車：領収書不要 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 宿泊費） <input type="checkbox"/> 移動距離を地図アプリ等で確認（ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当） <input type="checkbox"/> 紹介元産科医療機関への聴き取り等（最寄り分娩取扱施設での出産が困難と判断された場合） （医師等の意見： _____） 令和 年 月 日 確認方法：電話・メール・その他（ _____ ）
---