

様式第1号（第5条関係）

桂川町妊婦に対する遠方の産科医療機関等で受診する妊婦健診時にかかる交通費助成金交付申請書

年 月 日

桂川町長 殿

申請者 住 所

氏 名

健診時の住所地

（里帰り先住所）

下記のとおり桂川町妊婦の対する遠方の産科医療機関等で受診する妊婦健診時にかかる交通費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1. 助成金交付申請額

	受診回数	受診日	移動手段	産科医療機関等	自己負担額
妊婦健康診査	第1回	年 月 日			円
	第2回	年 月 日			円
	第3回	年 月 日			円
	第4回	年 月 日			円
	第5回	年 月 日			円
	第6回	年 月 日			円
	第7回	年 月 日			円
	第8回	年 月 日			円
	第9回	年 月 日			円
	第10回	年 月 日			円
	第11回	年 月 日			円
	第12回	年 月 日			円
	第13回	年 月 日			円
	第14回	年 月 日			円
要した費用合計額 計					円
交付申請額※ 計					円

※ 要した費用（計）に0.8を乗じて得た額

2. 添付書類

- (1) 母子健康手帳の写し
- (2) 交通費の領収証又は領収書に類する書類の写し（自家用車使用の場合は除く）
- (3) 里帰り先の居住地を示す公的な書類（里帰りしている場合のみ。）
- (4) 医学的な理由等が判断出来る書類（第3条第2号の場合のみ。）

3. 妊婦健診を受診した産科医療機関等

※②は、該当する産科医療機関等が複数ある場合のみ記入してください。

①	産科医療機関等	施設名：
		所在地：
	居住地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先
	(里帰りの場合)里帰り先住所	
②	産科医療機関等	施設名：
		所在地：
	居住地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先
	(里帰りの場合)里帰り先住所	