

様式第 1 号

珠洲市不妊治療、産婦健診等交通費助成金申請書兼請求書

年 月 日

珠洲市長（あて）

（申請者） 住 所

氏 名

連絡先

珠洲市不妊治療、妊産婦等に対する遠方の分娩取扱施設等への交通費等助成金
交付要綱第 8 条の規定により、次のとおり申請します。

申請（請求）額 円

フリガナ		生年月日
氏 名		年 月 日生
住 所	珠洲市	
	（里帰り先住所）	

[申請額内訳]

受診回数		受診日	医療機関名	移動手段 1 自家用車 2 公共交通機関	申請額※2
不妊治療 ※1	1	・ ・			距離(往復) km 円
	2	・ ・			距離(往復) km 円
	3	・ ・			距離(往復) km 円
	4	・ ・			距離(往復) km 円
	5	・ ・			距離(往復) km 円
	6	・ ・			距離(往復) km 円
	7	・ ・			距離(往復) km 円
	8	・ ・			距離(往復) km 円
	9	・ ・			距離(往復) km 円
	10	・ ・			距離(往復) km 円

※1 男性不妊治療は 5 回を上限とする。

※2 住所地から医療機関等への往復移動距離×37 円×0.8 又は実費額×0.8（千円未満切り捨て）

（裏面につづく）

[申請額内訳]

受診回数		受診日	医療機関名	移動手段 1 自家用車 2 公共交通機関	申請額※	
産婦 健診	1	・ ・			距離(往復) km	円
	2	・ ・			距離(往復) km	円
産 後 ケ ア	1	・ ・			距離(往復) km	円
	2	・ ・			距離(往復) km	円
	3	・ ・			距離(往復) km	円
	4	・ ・			距離(往復) km	円
	5	・ ・			距離(往復) km	円
	6	・ ・			距離(往復) km	円
	7	・ ・			距離(往復) km	円
乳幼児 健診	1	・ ・			距離(往復) km	円
	2	・ ・			距離(往復) km	円
	3	・ ・			距離(往復) km	円
	4	・ ・			距離(往復) km	円
	5	・ ・			距離(往復) km	円
	6	・ ・			距離(往復) km	円

※ 住所地から医療機関等への往復移動距離×37円×0.8 又は実費額×0.8(千円未満切り捨て)

添付資料	☐ 公共交通機関を利用した場合は、住所地から医療機関等までの移動に要した交通費が分かる書類
	☐ 里帰りの場合は、里帰り先の住所が分かる公的な書類
	☐ 産婦健診等の受診日及び受診した医療機関等が確認できる書類 (診療明細書、母子健康手帳の当該ページの写しなど)
	☐ その他市長が必要と認める書類 ()

[振込口座](申請者本人の口座を記入してください)

金融機関	支店名	種別
銀行 金庫 農協	本店 支店(支所) 出張所	普通
口座番号	口座名義 ※通帳の表記と一致	

【珠洲市確認欄】申請者記載不要

☐ 産婦健康診査等の受診日に珠洲市に住民票を有する
☐ 住所地から医療機関等への移動時間は、概ね60分以上を要する

