

様式第 2 号

珠洲市妊婦健診、出産交通費等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。
なお、本申請の審査に必要となる医療機関への照会について同意します。

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)	

[交通費申請額内訳]

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※
妊 婦 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
	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
	11	・ ・			距離(往復) km 円
	12	・ ・			距離(往復) km 円
	13	・ ・			距離(往復) km 円
	14	・ ・			距離(往復) km 円
出 産	入院日	・ ・			距離(往復) km 円
	退院日	・ ・			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）

（裏面につづく）

[宿泊費申請額内訳]

宿泊日		宿泊機関名	申請額※
1	・		円
2	・		円
3	・		円
4	・		円
5	・		円
6	・		円
7	・		円
8	・		円
9	・		円
10	・		円
11	・		円
12	・		円
13	・		円
14	・		円

※ 実費額-自己負担額 2,000 円（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
	☐ 宿泊日、宿泊先、宿泊費が分かる領収書等の写し
	☐ 妊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）
	☐ 里帰りの場合は里帰り先の住所が分かる公的な書類
	☐ 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