

生駒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用助成金
交付申請書兼請求書

申請者の住所 (〒630 - 0258)
生駒市 東新町1番3号
氏名 生駒 花子
電話番号 0743-75-2255
里帰り先住所 (〒 -)

生駒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支援事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

この申請に必要な場合、市職員が医療機関等に照会することについて同意します。
なお、助成金は次の金融機関に振り込んでください。

生駒市長 殿

振込先口座 (申請者名義)	金融機関名	銀行 信金 農協		店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座		フリガナ	
	口座番号			口座名義人	

※申請者氏名と口座名義人は同一としてください。

1. 分娩を実施した施設

所在地	施設の住所を記載	施設名	●●病院
住所地から移動に要した時間	70 分	出産日	令和●年●月●日
周産期母子医療センターで分娩する必要があった場合、その理由	例) 妊娠高血圧症候群であり、医師よりハイリスクであると言われたため。		

2. 交付申請額 (A) + (B) 円

記入不要

注意：記入後に訂正が必要な場合、訂正はできませんので新しい用紙への記入が必要となります。金額記入欄は市で記入しますので空けておいてください。

(1) 交通費

		領収書等の金額	申請額
往路	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用車	距離 52 km × 37円/km	× 0.8 = 円
	<input type="checkbox"/> 自家用車以外 ()	実費額 円	× 0.8 = 円
復路	<input type="checkbox"/> 自家用車	距離 km × 37円/km	× 0.8 = 円
	<input checked="" type="checkbox"/> 自家用車以外 (タクシー)	実費額 18,000 円	× 0.8 = 円
		交通費申請額 (A)	円

記入不要

(2) 宿泊費

宿泊施設名	●●ホテル	都道府県名 (●●県)	宿泊期間 (上限14泊分)	令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日
宿泊費申請額 (B)	(5,000 円 - 2,000円) × 2 泊 = 円 記入不要			

※1泊あたりの宿泊料金