

様式第1号（第5条関係）

国東市妊産婦等交通費助成金交付申請書及び請求書

年 月 日

国東市長 様

申請者

住所

氏名

㊞

電話

(※交付者番号 )

※申請者は記入しないでください

次のとおり関係資料（※）を添えて、国東市妊産婦健診交通費等助成金を申請します。

区分	交通手段	医療機関または産院等	利用回数		距離（片道）	申請額
A・B・C D・E・F	<input type="checkbox"/> 自家用車・電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー		回	×	. km	円
A・B・C D・E・F	<input type="checkbox"/> 自家用車・電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー		回	×	. km	円
A・B・C D・E・F	<input type="checkbox"/> 自家用車・電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー		回	×	. km	円
A・B・C D・E・F	<input type="checkbox"/> 自家用車・電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー		回	×	. km	円
A・B・C D・E・F	<input type="checkbox"/> 自家用車・電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー		回	×	. km	円
A・B・C D・E・F	<input type="checkbox"/> 自家用車・電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー		回	×	. km	円
A・B・C D・E・F	<input type="checkbox"/> 自家用車・電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー		回	×	. km	円
A・B・C D・E・F	<input type="checkbox"/> 自家用車・電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー		回	×	. km	円
申請額（交通費）計						円

【記載上の留意点】

区分は以下のA～Fから選択してください。

受診内容	
A 妊婦健康診査	D 産後ケア
B 出産	E 乳幼児健診等
C 産婦健康診査	F 不妊治療

宿泊の区分①	領収書額②	利用回数③	申請額 ( (①、②の額の 少ない方) ×③)
<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 9,000円 <input type="checkbox"/> 付添人 4,500円	円	回	円
<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 9,000円 <input type="checkbox"/> 付添人 4,500円	円	回	円
<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 9,000円 <input type="checkbox"/> 付添人 4,500円	円	回	円
<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 9,000円 <input type="checkbox"/> 付添人 4,500円	円	回	円
<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 9,000円 <input type="checkbox"/> 付添人 4,500円	円	回	円
申請額 (宿泊費) 計			円
申請額 合計			円

(※) ①妊婦健診の内容等が記録された母子健康手帳の写し

②交通費 (タクシーを利用した場合のみ) 又は宿泊費に係る領収書の写し

③医師の診断等により指定された産科医療機関に通院した場合は、医師の診断等を確認できる書類  
ただし、書類を取得できない場合は産科医療機関の選択についての自己申告書 (様式第2号)

(振込先)

振込先金融機関名	口座番号	口座名義
銀行 金庫 本店 支店 出張所	普通  当座	(ふりがな)