

様式第1号（第6条関係）

妊産婦移動サポート助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝来市長 様

朝来市妊産婦移動サポート助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、この申請に係る審査のために、市が以下のことを行うことに同意します。

- (1) 住民票の確認をすること。
- (2) 市税等市の徴収金の納付状況の確認をすること。

申請者	ふりがな			生年月日
	受診者氏名	(自署されない場合は記名押印してください。) ※領収書の姓と異なる方 [旧姓 _____ ]		年 月 日
	現住所	〒 朝来市  電話 ( )		
助成金交付申請額		金 円 (円未満切り捨て)		
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。				
金融機関名		銀行、信用金庫、農協		
支店名		本店、支店、出張所、本所、支所		
種 別	普通 ・ 当座	口座番号		
(ふりがな) 口座名義人				

【注意】

(1) この請求書に次の書類を添付してください。

妊婦健診等	母子健康手帳の妊婦健診ページの写し 妊婦健診の領収書
分娩時の入退院	母子健康手帳の出産の状態のページの写し 母の出産入院期間の領収書
産婦健診	母子健康手帳の産婦健診が分かるページの写し

タクシー利用の場合は、タクシー利用の領収書の写し

※タクシーの領収書の写しにはボールペン等で発着地を記載すること。

(2) 朝来市内から市外への医療機関等への受診が対象です。

里帰りなどの理由により出発地点又は到着地点が市外となる場合は対象外です。

<担当課記入欄>

申請回数	回目
添付書類確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書の写し
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し
交付決定(却下)日	年 月 日



裏面の助成金交付申請内訳書もご記入ください。⇒

妊産婦移動サポート助成金交付申請内訳書

妊産婦氏名 ( )

	利用日	受診先医療機関	経路		交通手段	交通費	交付申請額 (円未満切り捨て)	
			～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復				
妊婦 健診 等	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	出産	年 月 日		～	入院時	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円
		年 月 日		～	退院時	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円
産婦 健診	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	
	年 月 日		～	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 列車・バス	円	円	

【記載上の注意事項】

- (1) 列車及びバスを利用した場合は、自宅等から医療機関等までの間の最寄りの駅間又はバスの停留所間の料金（往復で利用した場合は往復分の料金）を記載すること。
- (2) 行数が足りない場合は、様式をコピーして記載してください。

助成金交付申請額

区分	申請額	市交付決定額（市記載欄）
妊婦健診等	円	円
出産時	円	円
産婦健診	円	円
合計	円	円