日田市妊産婦健診移動・宿泊支援助成金交付申請書及び請求書

年　　　月　　　日

日田市長　　　　様

申請者名

住所　日田市

電話

次のとおり関係書類を添えて日田市妊産婦健診移動・宿泊支援助成金を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 妊産婦 | 氏名 | 生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 母子健康手帳交付番号 | 母子健康手帳交付日　　　　　　　　　　令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 振込先 | 金融機関名　　　　　　　　　　　　　　銀行・組合・信金・農協　　　　　　　　　　　　　本店・支店・出張所 | 　　　　　　普通・当座口座番号フリガナ口座名義 |
| 里帰り出産等による住所地以外の居住 | 有り・無し | 有りの場合里帰り先住所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医師の診断に基づき転院した場合 | 転院前の産科医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　、住所地：　　　　　　　　　　　　　　　）転院後の産科医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　、住所地：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| チェック欄　□ | 偽りその他不正な行為により助成を受けたことが明らかになったときは、助成金の全部又は一部を返還することに同意します。 |

【添付書類】

1. 母子健康手帳の写し（出生届出済証明、妊婦健康診査受診日、出産の状態が記載されている部分）
2. 交通費及び宿泊費に係る領収書（タクシーまたは有料宿泊施設を使用した場合）

【市記入欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健診等項目 | 交通手段 | 回数 | 利用額 | 助成額 |
| 妊婦健康診査 | タクシー以外 |  | 円 | 円 |
| タクシー |  | 円 | 円 |
| 出産時 | タクシー以外 |  | 円 | 円 |
| タクシー |  | 円 | 円 |
| 産婦健康診査 | タクシー以外 |  | 円 | 円 |
| タクシー |  | 円 | 円 |
| 助成額（①交通費）　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宿泊利用日 | 利用額 | 助成額 | 宿泊利用日 | 利用額 | 助成額 |
| 　　　　 年　　　月　　　日　 | 円 | 円 | 年　　　　月　　　日　 | 円 | 円 |
| 年　　　月　　　日 | 円 | 円 | 年　　　　月　　　日　 | 円 | 円 |
| 年　　　月　　　日 | 円 | 円 | 年　　　　月　　　日　 | 円 | 円 |
| 年　　　月　　　日 | 円 | 円 | 年　　　　月　　　日　 | 円 | 円 |
| 　　　　　助成額（②宿泊料）　　　　　　　　　　　　　円 |
| 　　　　　　　　　　　　　**助成額合計（①+②）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円** |