

有田川町長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

有田川町妊産婦アクセス支援事業助成金申請書兼請求書

次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

また、本申請に関し、町が保有する個人情報を開覧することに同意します。

妊 産 婦	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所			
最寄り分娩取扱施設			自宅からの距離	km
特定分娩取扱施設			自宅からの距離	km
助成金申請額		円	助成金決定額 (町記載欄)	円

(振込先)

金 融 機 関		預金種別	口 座 番 号
銀行	本店	普通 当座	
金庫	支店		
農協	支所		
口 座	フリガナ		
名 義			

【添付書類】

- (1) 助成対象者が第2条②に該当する場合は「特定分娩取扱施設確認書」又はそれに準じる書面
- (2) 母子健康手帳の写し（診療日の記載）
- (3) 領収書または診療明細書の写し（母子健康手帳に記載されている日以外の妊娠・出産に当たった診療日）
- (4) 公共交通機関を利用の場合は領収書または利用証明書
- (5) 本人確認書類（個人番号カード、運転免許証、旅券その他これらに類する書類の写し）
- (6) 口座番号の確認できるもの（通帳の写しなど）
- (7) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

(裏面につづく)

【交通費】

通 院 日	交通手段	交 通 費	通 院 日	交通手段	交 通 費
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円	年 月 日	☐ 自家用車 ☐ 公共交通	円
計		円			

【記載上の注意】

- (1) 自宅からの距離とは、車で通常利用すると判断できる経路をとった際の距離であり、地図サイト等を参照し記載すること。
- (2) 交通費は自宅から 20km 以上で本補助事業の対象となる分娩取扱施設へ通った日を記入し、その際の交通手段を自家用車あるいは公共交通から選択のうえ、下の表から該当する金額を記載すること。

〈別表〉

区分	公共交通	自家用車
20km 以上 40km 未満	2,000 円	2,000 円
40km 以上	4,000 円	3,000 円