

松茂町長

〒

(申請者) 住 所 _____
 氏 名 _____
 連 絡 先 _____

松茂町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助成申請書

松茂町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助成要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で町が医療機関等に照会することに同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
妊婦氏名		出産日	年 月 日
妊婦住所	〒 _____ □申請者と同じ		
里帰り先住所	〒 _____		
最寄りの 分娩取扱施設	名称		
	住所		

申請額内訳	交通費	タクシー又は公共交通機関	(領収書等の金額)	申請額	
			円×0.8= (A)	円	
	自家用車	(住所地から分娩取扱施設までの移動距離)	申請額		
		km×37円/km×0.8= (B)	円		
	宿泊費	施設名			
		期 間	年 月 日 ~ 月 日 (泊)		
費 用		(1泊あたりの宿泊料金)	申請額		
	(※ 円-2,000円) × 泊= (C)	円			
申請金額 (A)+(B)+(C)		円			

※国家公務員等の旅費支給規程(昭和25年大蔵省令第45号)により定められている宿泊費基準額の職務の級が十級以下の者に準じて算出した額

振込口座（申請者本人の口座を記入してください。）

金融機関名	支店名	種別
		普通・当座
口座番号（右詰）	口座名義（カナ）	
.....		

【町記載欄】

添付書類	<input type="checkbox"/> 出産と分娩取扱施設が証明できる書類 (母子手帳の該当ページの写し)
	<input type="checkbox"/> 住所地から分娩取扱施設までの移動に要した費用がわかる書類 (タクシー等で移動した場合は領収書)
	<input type="checkbox"/> 宿泊を証明する領収書等
確認事項	<input type="checkbox"/> 松茂町に住民票を有する
	<input type="checkbox"/> 出産した施設は、住所地から最寄りの施設である
	<input type="checkbox"/> 医学的理由等により周産期母子医療センターで分娩する必要がある
	<input type="checkbox"/> 住所地から分娩取扱施設までの移動時間は、概ね60分以上を要する
	<input type="checkbox"/> 宿泊した施設は分娩取扱施設まで速やかに移動出来る距離にある