

様式第 1 (第 5 条関係)

設楽町出産支援事業助成金交付申請書

年 月 日

設楽町長 殿

申請者 住所 設楽町

氏名

このことについて、妊産婦健康診査、出産時、乳児健診の受診にかかる交通費等の助成に関し、関係書類を添えて申請します。

妊産婦氏名		出産日	年 月 日
乳児氏名		生年月日	年 月 日
付添い者氏名 (宿泊の場合)			
分娩施設	名称		
	住所		

申請額内訳	交通費	健康診査 (妊婦・産婦)	タクシー又は公共交通機関	領収書の金額 円 × 回	申請額 (A) 円	
			自家用車	住所地から分娩施設までの距離 Km × 25 円 × 回 × 2	申請額 (B) 円	
				タクシー又は公共交通機関	領収書の金額 円 × 1 回	申請額 (C) 円
		出産時	自家用車	住所地から分娩施設までの距離 Km × 25 円 × 2	申請額 (D) 円	
				タクシー又は公共交通機関	領収書の金額 円 × 回	申請額 (E) 円
			乳児健診	自家用車	住所地から健診施設までの距離 Km × 25 円 × 回 × 2	申請額 (F) 円
	宿泊費	施設名				
		期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
		費用	1 泊あたりの宿泊料金 ※上限 10,000 円 円 × 泊 × 人	申請額 (G) 円		
	申請額 (A) + (B) + (C) + (D) + (E) + (F) + (G)					円

振 込 口 座	金融機関名	農協 銀行 信用金庫	支店	種別	普通・当座
	口座番号			フリガナ	
				口座名義人	