

西和賀町妊産婦アクセス支援助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

西和賀町長 様

申請者氏名 (印)

西和賀町妊産婦アクセス支援助成金交付要綱第5の規定により、次のとおり申請（請求）します。

|            |             |               |       |
|------------|-------------|---------------|-------|
| 妊産婦氏名      |             | 生年月日          | 年 月 日 |
| 住所及び電話番号   | 西和賀町 電話 ( ) |               |       |
| 出産予定日又は出産日 | 年 月 日       | 妊娠週数<br>※妊婦のみ |       |

【交通費】

|    | 利用日   | 医療機関名 |                                                            | 距離 (km)<br>※1 km未満は切り捨てる | 交通費 (円)<br>※1 kmにつき40円 |
|----|-------|-------|------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1  | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 2  | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 3  | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 4  | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 5  | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 6  | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 7  | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 8  | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 9  | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 10 | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 11 | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 12 | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 13 | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 14 | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 15 | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 16 | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 17 | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |
| 18 | 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 片道<br><input type="checkbox"/> 往復 |                          |                        |

※自宅から医療機関までの通常利用すると判断できる経路の距離を記載してください。

【交付申請（請求）額】

|        |    |         |   |
|--------|----|---------|---|
| 距離（合計） | km | 申請（請求）額 | 円 |
|--------|----|---------|---|

|      |              |           |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--------------|-----------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込口座 | 金融機関名        |           | 支店名  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 口座種類         | 1 普通 2 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | フリガナ<br>口座名義 |           |      |  |  |  |  |  |  |  |  |

【添付書類】

- 1. 本人確認のできる書類の写し（運転免許証、個人番号カード等）
- 2. 母子健康手帳の写し（健診等を受けた日及び出産予定日又は出産日が記載されている部分）
- 3. 診療明細書又は領収書の写し（母子健康手帳に記載されている日以外で妊娠及び出産に係る受診をした場合又は他診療科で妊娠及び出産に当たっての診療のために受診した場合）
- 4. その他町長が特に必要と認める書類