様式第１号（第４条関係）

総合周産期母子医療センター利用に係る費用助成金交付申請書

年　　月　　日

高浜町長　様

申請者　住所

氏名

電話番号

対象者氏名

（申請者との関係　　）

総合周産期母子医療センター利用に係る費用助成交付を受けたいので、申請します。

（１）　交通費（妊婦健診）

居住地（住所地以外の場合）			
受診医療機関			
	日にち	交通手段	備考
１	年　　月　　日		
２	年　　月　　日		
３	年　　月　　日		
４	年　　月　　日		
５	年　　月　　日		
６	年　　月　　日		
７	年　　月　　日		
８	年　　月　　日		
９	年　　月　　日		
１０	年　　月　　日		
１１	年　　月　　日		
１２	年　　月　　日		
１３	年　　月　　日		
１４	年　　月　　日		

（２） 交通費（分娩時）

居住地（住所地以外の場合）			
分娩医療機関			
	日にち	交通手段	備考
往路	年　　月　　日		
復路	年　　月　　日		

（３）宿泊費

宿泊施設名	
宿泊施設住所	
宿泊期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日

〇照会に関する同意

総合周産期母子医療センターでの妊婦健診受診・分娩の必要があると分かる書類（妊婦健診受診票や母子手帳への記載、医師の診断書等）がない場合、町より当該医療機関に病状について確認させていただく場合があります。

□医療機関への照会について同意する。

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

妊産婦以外の場合　対象者との関係（　　）

【必要書類】

・妊婦健診日、分娩日、医療機関が証明できるもの（母子健康手帳の写し等）
・自家用車以外の移動方法の場合、利用日、利用区間、料金を証明できるもの
（公共交通機関の領収書、切符、電子切符のスクリーンショット、電子決済の履歴、タクシーの領収書等）
・宿泊費の領収書（宿泊日等が分かるもの）