

(第1号様式)

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等交付申請書

年 月 日

(あて先) 浜 松 市 長

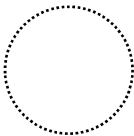
関係書類を添えて、次のとおり妊婦に対する遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費助成、遠方の産科医療機関等で受診する妊婦健診時にかかる交通費助成の交付を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。

また、浜松市が必要に応じ、この申請内容について医療機関等に照会することに同意します。

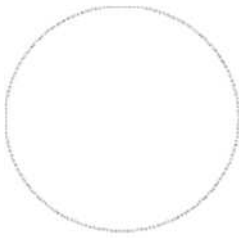
1. 申請者情報

※振込先の口座名義人と申請者の名前は必ず一致させてください。

申請者 (妊婦本人)	フリガナ										
	氏名	㊞									
	生年月日	年 月 日				出産日	年 月 日				
	住所	〒 日中連絡のつく電話番号 (— —)									
	書類発送先 (上記住所と異なる場合)	〒									
振込先	金融機関名	銀行・信金・農協 信組・労金				本店・営業部 支店・出張所					
	金融機関コード					支店コード					
	預金種別	1.普通 2.当座	口座番号 (右詰記入)								
	フリガナ										
	口座名義人 (申請者名義)										



捨印



(市受付印)

2. 妊婦健診を受診した産科医療機関等・分娩取扱施設

※②、③は該当する産科医療機関等・分娩取扱機関が複数ある場合のみ記入してください。

①	産科医療機関等・分娩取扱機関	施設名：			
		所在地：			
	妊婦健診・分娩	☐ 妊婦健診 ☐ 分娩			
	居住地	☐ 自宅 ☐ 里帰り先			
	(里帰りの場合) 里帰り先住所				
②	産科医療機関等・分娩取扱機関	施設名：			
		所在地：			
	妊婦健診・分娩	☐ 妊婦健診 ☐ 分娩			
	居住地	☐ 自宅 ☐ 里帰り先			
	(里帰りの場合) 里帰り先住所				
③	産科医療機関等・分娩取扱機関	施設名：			
		所在地：			
	妊婦健診・分娩	☐ 妊婦健診 ☐ 分娩			
	居住地	☐ 自宅 ☐ 里帰り先			
	(里帰りの場合) 里帰り先住所				

<裏面に続きます>

3. 確認

- ☐ 医学的な理由等により周産期母子医療センターで妊婦健診を受診する・分娩する必要がある妊婦に該当します。

4-1. 妊婦健診時の交通費について

※産科医療機関等欄は2.の①～③から該当する産科医療機関等を記入してください。

受診年月日	移動手段	産科医療機関等	自己負担額	市記入欄 助成金額
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
年 月 日	☐ 車 ☐ バス・電車 ☐ その他 ()		円	
				助成金額計

4-2. 分娩時の交通費及び宿泊費について

※分娩取扱施設欄は2.の①～③から該当する分娩取扱施設を記入してください。

分娩取扱施設			
交通費	移動手段	☐ 車 ☐ タクシー ☐ バス・電車 ☐ その他 ()	
	自己負担額	円	
宿泊費	宿泊日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	自己負担額	円	宿泊施設

(市記入欄) 承認 ・ 不承認 助成金額総計 _____ 円