

(様式第1号)

## 妊産婦健康診査交通費助成金交付申請書及び請求書

令和 年 月 日

中津市長 へ

以下の妊産婦健康診査交通費助成金を、領収書を添付し、申請及び請求します。

住所			
ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
電話番号			
妊娠届出年月日	令和 年 月 日	出産(予定)日	令和 年 月 日
産科医療機関名			

《 振込先口座 》※原則として本人名義の口座を記入してください。

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合・労働金庫	支店名	本・支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

※ やむを得ず、口座名義が本人以外の場合は、下記委任状に記入してください

### 【添付書類】

- 母子健康手帳の写し(受診日、病院名の記載必要) ※病院名の記載がない場合は、病院名が分かる領収書が必要
- 交通費及び宿泊費に係わる領収書等  
(タクシーや鉄道:日付、料金 航空賃:領収書、搭乗半券など 宿泊:日付、1泊の料金の記載必要)
- 自己申告書

振込先の口座名義が、健診受診者ご本人以外の場合、下記に署名して下さい

委任状 妊産婦健康診査交通費助成金の受取について、下記の者に委任します 氏名 _____
--

上記の件について受任します (※ 口座名義人) 氏名 _____ 委任者氏名 _____ (続柄 _____) (※委任者と住所が異なる場合) 住所 _____
---

- 備考) 1 申請及び請求期限は健康診査等を受けた日から1年以内です。  
2 表面の太枠内のみを、記入してください。  
3 自宅から産科医療機関までの距離の判定は最短距離とし、市の基準で判定します。

〈以下、市記入〉

自宅から最寄りの産科医療機関 (周産期医療センター) までの距離	片道距離	Km	往復距離	Km
-------------------------------------	------	----	------	----

1 産科医療機関までの片道距離が20km以上40km未満

① 妊産婦健康診査及び出産のための交通費

健診等項目	交通手段	助成金	回数 (1往復=1回)	申請額
妊婦健康診査	タクシー以外	1,000円	回	円
	タクシー	上限13,400円	回	円
出産	タクシー以外	1,000円	回	円
	タクシー	上限13,400円	回	円
産婦健康診査	タクシー以外	1,000円	回	円
	タクシー	上限13,400円	回	円
交通費合計金額			①	円

② 妊産婦健康診査及び出産のための宿泊

宿泊利用日	宿泊費	申請額 (宿泊費から2000円を引いた金額)
令和 年 月 日	円	円
令和 年 月 日	円	円
令和 年 月 日	円	円
令和 年 月 日	円	円
令和 年 月 日	円	円
宿泊費合計		② 円

③ 産科医療機関までの片道距離が40km以上

④ 妊産婦健康診査及び出産のための交通費 ※タクシー利用の助成の対象は妊婦健診、出産のみ

健診等項目	交通手段	助成金	回数 (1往復=1回)	申請額
妊婦健康診査	自家用車	移動距離 ( km) ×37×0.8	回	円
	タクシー	実費×0.8	回	円
	公共交通機関等	実費×0.8	回	円
出産	自家用車	移動距離 ( km) ×37×0.8	回	円
	タクシー	実費×0.8	回	円
	公共交通機関等	実費×0.8	回	円
産婦健康診査	自家用車	移動距離 ( km) ×37×0.8	回	円
	タクシー以外の 公共交通機関	実費×0.8	回	円
交通費合計金額			④	円

⑤ 出産のための宿泊 (上限額は宿泊する県により異なります)

宿泊利用日	宿泊日数	1泊あたりの宿泊費	申請額 (1泊宿泊費から2000円を引いた額の合計)
令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	日	円	⑤ 円

助成金決定額	①+② もしくは ④+⑤	円
--------	--------------	---