様式第２号(第６関係)

金ケ崎町妊産婦宿泊費等助成金交付申請内訳書

【①交通費】

受診日	受診医療機関		診療科	内　容	申請金額
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円
年　月　日		☐ 片道 ☐ 往復	☐ 産婦人科 ☐ 他科(　　)		円

【②宿泊費】

利用期間	泊　数	宿泊先	宿泊者氏名 (妊婦・付添人)	宿泊費	申請金額 (1泊につき5,000円)
年　月　日～　年　月　日	泊			円	円
				円	円
年　月　日～　年　月　日	泊			円	円
				円	円

【助成金申請額（①交通費＋②宿泊費）】

区　　分	交通費計	宿泊費計	合　計	助成決定額 (町記載欄)
通院開始日～3/31までの計	円	円	円	円
4/1～治療終了日までの計	円	円	円	円
合　　計	円	円	円	円

【申請上の注意】

(1)申請書提出の際に、母子健康手帳の写し（健康診査日、出産日及び出産予定日が記載されている部分)を持参すること。

(2)診療明細書及び領収書（母子健康手帳に記載されている日以外でハイリスク妊娠・分娩に係る疾患の受診をした場合、他科でハイリスクに係る疾患で受診した場合）を持参すること。

(3)宿泊費に係る領収書を提出すること。

※行数が足りない場合は、様式をコピーして記載すること。