

様式第 1 号（第 6 条関係）

妊婦にやさしい遠方出産支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

伊達市長

関係書類を添えて下記のとおり（交通費・宿泊費）の助成を申請します。

申請者名 (妊婦本人)	(ふりがな) 印	生年月日 年 月 日
同行者名	(ふりがな)	生年月日 年 月 日
住 所		連絡先：
里帰り先住所		連絡先：
出産医療機関		出産日
出産医療機関 所在地		年 月 日
助成申請額 (⑤+⑥)	円	

(助成内訳)

1 交通費

旅程	(1) 自宅(又は里帰り先)～出産医療機関 = km (2) 出産医療機関～自宅(又は里帰り先) = km									
□タクシー	行き		円	行き利用日	年 月 日					
	帰り		円	帰り利用日	年 月 日					
	小計①		円							
□公共交通機関(鉄道、高速バス)	行き		円	行き利用日	年 月 日					
	帰り		円	帰り利用日	年 月 日					
	小計②		円							
□自家用車	行き		km	×		円	=		円	
	帰り		km	×		円	=		円	
	小計③								円	
交通費合計(①+②+③) ④								円		
交通費申請額(④×0.8) ⑤								円		

2 宿泊費

宿泊施設名								
宿泊施設所在地								
宿泊日	妊婦	年	月	日	～	年	月	日
	同行者	年	月	日	～	年	月	日
宿泊数	妊婦		泊					
	同行者		泊					
宿泊費	妊婦	(円-2,000 円) × () 泊 =						円
	同行者	(円-2,000 円) × () 泊 =						円
宿泊費合計⑥								円

3 振込先

金融機関名		銀行 金庫 組合		店 支 店 出張所
口座名義人	フリガナ		普通 当座	口座番号
	氏 名			

(添付書類)

1 公共交通機関等の領収書等の写し

(利用日及び利用料金が確認できる領収書等)

2 宿泊施設の領収書等の写し

(宿泊施設名、宿泊者、宿泊日、宿泊日数及び宿泊費が確認できる領収書等)

3 母子健康手帳等の写し

(出産日及び分娩した施設が確認できる書類)

4 通帳の写し

(口座名義人は申請者(妊産婦本人)と同一としてください。)