

様式第2号（第5条関係）

赤穂市妊婦に係る遠方分娩取扱施設への交通費等助成金交付申請内訳書

收受日（市記載欄） 年 月 日

(フリガナ) 妊婦氏名			生年月日	年 月 日	
住 所	赤穂市		電話番号		
里帰り先住所	〒				
産科受診 年 月 日	年 月 日	出産 (予定) 日	年 月 日	退院日	年 月 日
分娩施設等 (名称) (所在地)					電話番号
確 認 項 目 (該当 項目に ☑)	自宅又は里帰り先から分娩取扱施設まで概ね60分以上の移動時間を要する。 ※ 移動時間 () 分 交通費 (タクシー ・ 電車 ・ バス ・ その他)				チェック
	医学的な理由等で周産期母子医療センターにおいて出産する必要がある場合は、自宅（又は里帰り先）から最寄りの周産期医療センターまで、概ね60分以上の移動時間を要する。 ※ 移動時間【 】 分 交通費 (タクシー ・ 電車 ・ バス ・ その他)				チェック

【交通費】

内 訳	手段	申請者が支払った交通費 (A)	添付書類	上限額 (B)	選定額 (C) (A)又は(B)のいずれか 少ない方の額	算定方法	算定額
		タクシー <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	円	<input type="checkbox"/> 領収書 出発地: 到着地:	実費額		(C) × 0.8
	鉄道賃 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	円	<input type="checkbox"/> 領収書	円			
	バス <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	円	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 バス停名 (発) (着)	円			
	その他 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	円	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他	円			
						申請額 【①交通費計】	円

【宿泊費】

利用実績	利用期間 (出産時の入院までの前泊分)	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊)	
	宿泊先 (出産場所の近隣の宿泊施設)	添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他
	宿泊先住所		

内 訳	宿泊費			泊数			算定方法	算定額
	申請者が支払った 1泊当たりの宿泊費 (A)	上限額 (B)	選定額 (C) (A)又は(B)のいずれか 少ない方の額	申請者が 泊まった泊数 (D)	上限泊数 (E)	選定泊数 (F) (D)又は(E)のいずれか少 ない方の泊数		
	円	10,000 円			14 泊		(C)から2,000 円を 控除した額 × (F)	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書				申請額 【②宿泊費計】	円	

【助成金申請額（交通費+宿泊費）】

①交通費計	②宿泊費計	助成申請額(①+②)
円	円	円

【添付書類】

- ・ 交通費に係る領収書又は利用証明書
- ・ 宿泊費に係る領収書

【申請上の注意】

- (1) 申請書提出の際に、母子健康手帳（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）を持参してください。
- (2) 診療明細書又は領収書（母子健康手帳に記載されている日以外でハイリスクに係る疾患で他の診療科を受診した場合）を持参してください。医療費受給者証等を使用して医療費の負担がなかった場合は、受診した周産期母子医療センターの窓口で診療明細書を発行して持参してください。
- (3) 交通費に係る領収書又は利用証明書、宿泊費に係る領収書を持参してください。

【記載上の注意】

- (1) 出産場所は、自宅又は里帰り先から入院した分娩取扱施設又は周産期母子医療センター※を記載してください。
- (2) 内訳書は、出産のために最寄りの分娩取扱施設又は宿泊施設に移動した日から退院して自宅又は里帰り先通院終了日まで同一のものを使用してください。

※ 周産期母子医療センターとは、原則として、播磨圏域の場合、姫路赤十字病院をいいます。

県外の医療機関を受診する場合、当該医療機関が各都道府県で定めている周産期母子医療センターに該当するかどうかは、当該医療機関にお問い合わせください。