別記第１号様式（第５条関係）

石狩市妊産婦健康診査等通院交通費助成金交付申請書

令和年 月 日

石狩市長 　　　　　　様

石狩市妊産婦健康診査等通院交通費助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | ふりがな  氏　　名  （妊産婦） | | ※氏名は自署してください。 | | | 電話番号 |
| 住　　所 | |  | | | |
| 受診日  ※  厚田区浜益区の自宅から通院した日 | | １ | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | ９ | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | |
| ２ | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | 10 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | |
| ３ | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | 11 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | |
| ４ | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | 12 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | |
| ５ | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | 13 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | |
| ６ | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | 14 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | |
| ７ | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | 15 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | |
| ８ | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | 16 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 申請額  （単価×２×受診回数） | | | | 円 | 【算出方法】   |  |  | | --- | --- | | 距離 | 単価（片道） | | 25キロメートル以下 | 240円 | | 25キロメートルを超えて  50キロメートル以下 | 480円 | | 50キロメートルを超えて  75キロメートル以下 | 820円 | | 75キロメートルを超えて100キロメートル以下 | 1,070円 | | | |
| ※市記入欄 | 市が指定する医療機関等 | | | |
|  | | | |
| 自宅から指定医療機関等までの距離 | | | キロメートル |
| 助成金の額 | | | 円 |
| 下記を確認し該当する□にチェックしてください。  □　対象者等の確認のため、住民基本台帳を確認することに同意します。  □　厚田区又は浜益区の自宅から受診したことを誓約します。 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 |  | | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | | | |
| 口座名義人  ※申請者と同一の方 |  | | | |

添付書類　□①母子健康手帳の写し（表紙、妊娠中の経過、出産の状況、出産後の母体の経過）

□②産後健診の領収書の写し

□③通帳の写し（振込口座がわかるもの）

□④その他市長が必要と認める書類