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