

別記様式第1号（第5条関係）

吉富町妊産婦等アクセス支援事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

吉富町長 様

申請者 住所 吉富町 _____
 氏名 _____
 妊産婦等との続柄 _____ 本人・配偶者 _____
 （電話番号 _____）

次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

また、本申請に関し、町が保有する個人情報を閲覧することに同意します。

助成対象者		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	〒 _____ 吉富町 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ _____（電話番号 _____）		
確認事項	<input type="checkbox"/> 他の自治体において、同様の補助金等の交付を受けていません。		
支払った 交通費	円	助成申請 (請求)額	円
助成決定額 (町記載欄)	円		

※医療機関名、利用した公共交通機関、利用目的等は裏面へ記載すること。

(振込先)

(フリガナ) 口座名義	_____ (_____)		
銀行等	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所
	口座番号 (普通・当座)		
ゆうちょ銀行	記号	番号	

注1 添付書類

- (1)母子健康手帳の写し（妊産婦に限る。妊娠及び出産に当たっての診療日が分かるもの）
- (2)診療明細書又は領収書の写し（母子健康手帳に記載されている日以外で通院等をした場合）
- (3)交通費に係る領収書、利用証明書等
- (4)前3号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

【交通費】

回数	利用日	医療機関名	通院等の目的	公共交通機関	支払った額	助成額 (町記載)
回目	年 月 日		不妊治療 妊婦健診 産婦健診 診療 () 産後ケア	電車 バス タクシー その他 ()	円	円
回目	年 月 日		不妊治療 妊婦健診 産婦健診 診療 () 産後ケア	電車 バス タクシー その他 ()	円	円
回目	年 月 日		不妊治療 妊婦健診 産婦健診 診療 () 産後ケア	電車 バス タクシー その他 ()	円	円
回目	年 月 日		不妊治療 妊婦健診 産婦健診 診療 () 産後ケア	電車 バス タクシー その他 ()	円	円
回目	年 月 日		不妊治療 妊婦健診 産婦健診 診療 () 産後ケア	電車 バス タクシー その他 ()	円	円
				合計	円	円

注2

助成回数は、1回の妊娠届出につき、10回を上限とする（妊娠前の不妊治療を含む）。ただし、不妊治療の結果、妊娠に至らなかった場合は、生涯につき10回を上限とする。

助成額は、支払った額の9割とし、1回（片道）につき3,000円を上限とする。