

妊産婦健康診査交通費助成金交付申請書及び請求書

令和 年 月 日

中津市長 へ

以下の妊産婦健康診査交通費助成金を、領収書を添付し、申請及び請求します。

住所	
ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	
妊娠届出年月日	令和 年 月 日

《 振込先口座 》 (※ 原則として本人名義の口座を記入してください。)

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合・労働金庫	支店名	本・支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

(※ やむを得ず、口座名義が本人以外の場合は、裏面の委任状に記入して下さい。)

【添付書類】

- ・母子健康手帳の写し(受診日、病院名の記載必要) ※病院名の記載がない場合は、病院名が分かる領収書が必要
- ・交通費及び宿泊費に係わる領収書(タクシー:日付、料金・宿泊:日付、1泊の料金の記載必要)
- ・自宅地図の写し

(以下、市記入)

助成金の決定額 (市が記入します)	円	自宅から最寄りの産科医療機関 (周産期医療センター)までの距離	Km
健診等項目	交通手段	助成金	回数(1往復=1回) 申請額
妊婦健康診査	タクシー以外	1,000円	円
	タクシー	上限12,000円	円
出産	タクシー以外	1,000円	円
	タクシー	上限12,000円	円
産婦健康診査	タクシー以外	1,000円	円
	タクシー	上限12,000円	円

宿泊利用日	助成金	申請額
令和 年 月 日	上限5,000円	円
令和 年 月 日	上限5,000円	円
令和 年 月 日	上限5,000円	円
令和 年 月 日	上限5,000円	円
令和 年 月 日	上限5,000円	円

- 備考) 1 申請及び請求期限は健康診査等を受けた日から1年以内です。
- 2 表面の太枠内のみを、記入してください。
- 3 受診した医療機関で、妊婦一般健康診査受診票、妊婦超音波受診票、新生児聴覚検査受診票に結果を記入してもらい、領収書とともにこの助成金交付申請(請求)書に、添えて提出してください。
- 4 診査に要した費用は、中津市が医療機関と契約している額を限度に助成します。

振込先の口座名義が、健診受診者ご本人以外の場合、下記に署名して下さい。

委任状

妊婦一般健康診査等助成金の受取について、下記のものに委任します。

氏名 \_\_\_\_\_

上記の件について受任します。

(※ 口座名義人) 氏名 \_\_\_\_\_

委任者との続柄 ・夫 ・そのほか ( )

(※ 委任者と住所が異なる場合)

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_