

佐伯市長 様

申請・請求者 (助成対象者)	住 所	〒 (電話番号)			
	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日				
	母子健康手帳番号				
振 込 先	金 融 機 関 名		支店名	支店	
	口 座 番 号		種 別	普通・当座・()	
	口座名義カナ				

妊産婦健診及び出産における交通費等の助成を受けたいので、佐伯市妊産婦健診交通費等支援事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請及び請求をします。

健康診査等種別	受診日	受診医療機関	区分	申請額
1 妊婦健診 (第1回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
2 妊婦健診 (第2回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
3 妊婦健診 (第3回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
4 妊婦健診 (第4回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
5 妊婦健診 (第5回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
6 妊婦健診 (第6回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
7 妊婦健診 (第7回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
8 妊婦健診 (第8回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
9 妊婦健診 (第9回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
10 妊婦健診 (第10回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
11 妊婦健診 (第11回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
12 妊婦健診 (第12回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
13 妊婦健診 (第13回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
14 妊婦健診 (第14回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
15 出産	年 月 日 ～ 年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
16 産婦健診 (第1回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
17 産婦健診 (第2回)	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
追加分	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
追加分	年 月 日		タクシー以外・タクシー	円
宿泊	年 月 日			円
宿泊	年 月 日			円
宿泊	年 月 日			円
宿泊	年 月 日			円

【添付書類】

- 妊婦健診等の内容等が記録された母子保健手帳の写し
- 交通費の領収書（タクシーを利用した場合）
- 宿泊費の領収書（有料宿泊施設を利用した場合）
- 医師の診断等により指定された産科医療機関に通院した場合は、医師の診断書もしくは紹介状等の事実を客観的に確認できる書類の写し。ただし、書類を取得できないときは自己申告書（様式第2号）

【市記入欄】

タクシー以外	1,000円×	回=	円	交付決定額	円
タクシー			円		
宿泊			円		
自宅から産科医療機関までの距離			km		