

【分娩した施設】

| | | | |
|--------------|-------|------------------------|---|
| 施設名 (所在地) | | 住所地からの移動に要した 時間(片道) | 分 |
| 分娩日 | 年 月 日 | | |

【②出産交通費】

| | | |
|----------|---|---|
| 移動日 | 【往路】 年 月 日 | 【復路】 年 月 日 |
| 移動手段 | <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道 km) | <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道 km) |
| 要した費用 | 交通費 円 | 交通費 円 |
| 要した費用(計) | 円 | |

【③出産前宿泊費】

| 利用期間 | 泊数 | 宿泊先 | 金額 |
|-------------|----|-----|----|
| 年 月 日 ~ 年 月 | 泊 | | 円 |
| 年 月 日 ~ 年 月 | 泊 | | 円 |
| 年 月 日 ~ 年 月 | 泊 | | 円 |
| 年 月 日 ~ 年 月 | 泊 | | 円 |
| 要した費用(計) | 円 | | |

【助成金申請額(①妊婦健康診査交通費+②出産交通費+③出産前宿泊費)】

| 区分 | 妊婦健康診査交通費計 | 出産交通費計 | 出産前宿泊費 | 合計 | 市助成決定額 (市記載欄) |
|----|------------|--------|--------|----|------------------|
| 合計 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

【記載上の注意】

(1)自家用車又は公共交通機関を利用した場合は、自宅又は里帰り先から最寄りの妊婦健診実施施設又は周産期母子医療センターまで通常利用される停留所間または駅間について、市の旅費規程での算出額×0.8の料金を記載すること。(令和7年度に十和田市より母子手帳交付を受けたかたは令和7年度の市の旅費規程での算出額×0.8の料金)

【添付書類】

- (1) 助成対象経費の額及び当該助成対象経費を支払ったことが分かる書類(領収書の写しなど)
- (2) 出産した日及び出産した施設を確認することができる書類(母子手帳の写しなど)
妊婦健康診査を受診した日及び妊婦健康診査を受診した施設を確認することができる書類(母子手帳の写しなど)
ハイリスク妊婦であった者については、ハイリスク妊婦証明書(様式第2号)に周産期母子医療センターが記載したものを
- (3) 助成金の振込先(申請者名義のものに限る。)を確認することができる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

<市記入欄>

ハイリスク妊産婦該当 分娩受け入れ不可による他院紹介 通院先自己選択