

中津川市妊婦に対する遠方の産科医療機関への交通費及び宿泊費支援事業  
助成金交付内訳書

\*太枠内をご記入下さい。

住所					電話番号						
里帰り先 (居住地が里帰りの場合)											
(ふりがな) 妊産婦氏名					通院・ 出産場所						
出産予定日	年	月	日	出産日	年	月	日	退院日	年	月	日

【交通費①】

利 用 実 績	受診日	往復路	総移動時間又は 総移動距離数		移動手段	周産期母子医療センター名	金額
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	時間	分			円

【注意】往路の出発場所と復路の到着場所が異なる場合、出発場所または到着場所が居住地の場合のみ助成対象となります。

	手段	申請者が支払った交通費(A)	添付書類	算定方法	算定額
内 訳	鉄 道	<input type="checkbox"/> 往復 計 回 <input type="checkbox"/> 片道 計 回 <b>合計金額</b> 円	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他	(A) × 0.8	円
	バ ス	<input type="checkbox"/> 往復 計 回 <input type="checkbox"/> 片道 計 回 <b>合計金額</b> 円	バス停名 (発) (着)		円
	そ の 他	<input type="checkbox"/> 往復 計 回 <input type="checkbox"/> 片道 計 回 <b>合計金額</b> 円	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他		円
	自 家 用 車	総移動距離数  km × 37 円 = 円 ※1 km未満は切り捨て			円
申請額【①交通費計】					
金 _____ 円					

【宿泊費②】

利 用 実 績	利用期間 (出産時の入院までの前泊分)	年 月 日 ~ 年 月 日		
	宿泊施設名 (出産場所から近隣の宿泊施設)	添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他	
	宿泊先住所			

	宿泊費	泊数	算定方法
内 訳	申請者が支払った一泊あたりの 宿泊費(A) ※上限額 10,900 円	申請者が泊まった泊数(B) ※上限 14 泊	(A) から 2,000 円を控除した額 × (B)
	円	泊	円
	申請額【②宿泊費計】		
金 _____ 円			

【申請金助成額 (①交通費+②宿泊費)】

① 交通費計	② 宿泊費計	③ 助成申請額 (①+②)
円	円	円

【記載上の注意】

- 電車又はバスを利用した場合は、周産期母子医療センターへの移動に当たって利用した駅間又は停留所間の料金を記載してください。なお、往復で利用した場合、往復料金を記載してください。
- 自家用車を利用した場合は、「周産期母子医療センターまで移動するに当たって通常利用すると判断できる経路」で記載ください。