

様式第 1 号（第 5 条関係）

魚津市妊婦に対する遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費

助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

魚津市長

宛

〒

申請者 住所

氏名

㊞

（電話番号）

魚津市妊婦に対する遠方の分娩取扱施設への交通費及び宿泊費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

また、魚津市が必要に応じ、申請内容について医療機関等に照会することに同意します。

1 申請額 _____ 円 (D) + (F)

2 交通費及び宿泊費の内訳

ア 交通費

移動手段（往路）	(A)	☐ 自家用車又はタクシー	☐ 公共交通機関
移動手段（復路）	(B)	☐ 自家用車又はタクシー	☐ 公共交通機関
自己負担額（往復計）	(C)	円 (A) + (B)	
(C) × 0.8	(D)	円	

イ 宿泊費

実費額	円 (E)
実費額又は市が定める上限額のいずれか低い額から 1 泊につき 2,000 円を控除した額	円 (F)

3 分娩施設等について

分娩前の住所地	☐ 自宅 ☐ 里帰り先 (住所 _____)
分娩施設	施設名 (_____) 所在地 (_____)

4 助成金の振込先（口座は、申請者のものであること。）

金融機関名		支店名	
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			