

様式第2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聞き取りシート

対象者の氏名 \_\_\_\_\_

ア 交通費

項目	往路	復路
移動日（往路）	年 月 日	年 月 日
出発場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先	<input type="checkbox"/> 分娩取扱施設 <input type="checkbox"/> 周産期母子医療センター
到着場所	<input type="checkbox"/> 分娩取扱施設 <input type="checkbox"/> 周産期母子医療センター	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先
総移動時間	時間 分	時間 分
移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車又はタクシー km×37円＝ 円	<input type="checkbox"/> 自家用車又はタクシー km×37円＝ 円
	<input type="checkbox"/> 公共交通機関	<input type="checkbox"/> 公共交通機関
	鉄道 _____ 円	鉄道 _____ 円
	バス _____ 円	バス _____ 円
	その他（ ） _____ 円	その他（ ） _____ 円
交通費	円(A)	円(B)
往路及び復路の合計(A)+(B)		円(C)
助成額(C)×0.8（百円未満切捨）		円(D)

イ 宿泊費（領収書等の写しを添付）

宿泊日	年 月 日 ～ 年 月 日
申請者が泊まった泊数（上限14泊）	泊
実費額	円(E)
市が定める上限額	円
いずれか低い額	円
控除額（泊数×2,000円）	円
助成額（いずれか低い額－控除額）	円(F)

ウ 助成対象者である確認

- 住所地から最も近い分娩取扱施設までおおむね60分以上移動時間
- 医学的な理由等により周産期母子医療センターで分娩する必要がある  
（医師の診断書、診療情報提供書等の写しを添付）

エ 分娩前の居住地が里帰り先の場合

- 里帰り先の居住地の住所を示す公的な書類（写しを添付）

オ その他  市税等の滞納がないかを確認する書類

聞き取りシート作成の市担当者職氏名： \_\_\_\_\_