

別紙

様式第 1 号 (第 4 条関係)

年 月 日

遠軽町長

様

申請者 住所

氏名

印

電話

遠軽町妊産婦交通費等助成金交付申請書

遠軽町妊産婦交通費等助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

妊産婦等	住所											
	氏名											
医療機関名												
助成の区分			週	週	週	週	週	週	週	週	週	週
妊婦健康診査	交通費	J R										
		バス										
		自家用車										
		ハイヤー										
宿泊費												
出産等	交通費	往路	J R ・ バス ・ 自家用車 ・ ハイヤー									
		復路	J R ・ バス ・ 自家用車 ・ ハイヤー									
	宿泊費	1 泊 ・ 2 泊 ・ 3 泊										
助成金申請額			円									
振込先	金融機関	銀行・信用金庫 本店・支店 農協 所										
	ふりがな								口座番号	普通・当座		
	口座名義人											

1 提示書類 妊婦健診等の内容が記録された母子健康手帳

2 添付書類

(1) 町外医療機関等での出産指示書 (様式第 2 号)

(2) J R、バス、ハイヤーを利用した場合及び宿泊を伴った場合は、領収書の写し

※ 妊婦健康診査及び出産等の欄は、該当するところに○印を付してください。なお、妊婦健康診査の宿泊費は、1 回のみ対象となります。

様式第2号（第4条関係）

町外医療機関等での出産指示書

ふりがな			
妊婦氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
妊娠の状況	妊娠 週目		
特記事項			
<p>上記の妊婦は、当院で出産することが困難なため、町外の医療機関等での出産するよう、指示しました。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>遠軽町長 様</p> <p style="text-align: right;">遠軽厚生病院 産婦人科</p> <p style="text-align: right;">医師 ⑩</p>			

問合せ先 〒099-0403

紋別郡遠軽町1条通北1丁目1番地1 遠軽町保健福祉総合センター内

遠軽町役場 保健福祉課保健予防担当

電話 0158-42-4813