

長崎市離島地域安心出産支援事業助成金交付請求申請書

年 月 日

(あて先)長崎市長

申請者の住所

申請者の氏名



長崎市離島地域安心出産支援事業助成金交付要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請します。

対象者	ふりがな					生年月日				
	氏名									
	住所					出産予定日				
	加入医療保険	健保・国保・その他( )				被保険者氏名 及び続柄	(対象者との続柄: )			
	医療を受けた 医療機関の名称 及び所在地									
	振込先	金融機関名					本店 支店 出張所	口座 種別	普通・当座	
ふりがな						口座番号				
口座名義人										

【請求内訳】

定期受診の 交通費	区分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	合計経費
	受診日数											①
	交通費											
	限度額	10,000円	10,000円	10,000円	10,000円	10,000円	10,000円	10,000円	10,000円	10,000円	10,000円	

宿泊費及び交通費	宿泊日数	日	合計経費
	交通費		②
	限度額	2,000円	
	宿泊負担額		③
	限度額	上限 1泊5,000円	

緊急移送費		合計経費
		④
	上限 30,000円	

助成額決定				※この欄は記入しないでください。			
交通費 ①+②		宿泊費 ③×2/3		緊急移送費 ④×2/3		合計 (交付額)	

- ※ 交通費は、船賃のみが対象となります。
- ※ 母子健康手帳の写し(妊娠経過がわかるもの)並びに交通費、宿泊費及び移送費の領収書を添付して下さい。
- ※ 緊急移送した場合にあっては、緊急移送に係る担当医師等の指示書を添付して下さい。
- ※ 宿泊費及び緊急移送費の助成額決定において、端数が生じたときは10円未満を切り捨てた額となります。