様式第１号（第４条関係）

ハイリスク妊産婦健康診査等通院交通費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

申請者（妊産婦）

住　　所

氏　　名

電話番号

ハイリスク妊産婦健康診査等通院交通費助成金の交付を受けたいので、洲本市ハイリスク妊産婦健康診査等通院交通費助成金交付要綱第４条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請し、及び請求します。

なお、本申請に当たり、同要綱の施行に関し必要な事項を調査するため、洲本市の職員が洲本市の機関が保有する情報を利用し、又は公私の団体に照会して必要な事項の報告を求めることに同意します。

１　交付申請額　　　　円　（Ａ＋Ｂ）×2,580円

２　交付対象妊婦健康診査等の回数

(１)　妊婦健康診査の受診　　　　回（上限14回）　Ａ

（受診期間　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで）

(２)　分娩　　　　　　　　　　　回（上限１回）　Ｂ

（出産日　　　　年　　月　　日）

３　淡路島外に所在する周産期医療の提供を行う大学の附属病院等

所在地

名　称

４　助成金の口座振替先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振替先 | 金融機関 |  | 銀行・信金・信組・農協・労金 | 本店・　　　　支店 |
| 口座種別 | 普通・当座・ | 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義人 |  |

備考　申請者本人名義の口座を記載してください。（助成金の受領を委任する場合を除く。）

５　添付書類

(１)　妊婦健康診査を受診した日又は分娩した日及び当該受診又は分娩をした病院の名称等が記載されている母子健康手帳の写し

(２)　ハイリスク妊産婦に関する診断書（様式第２号）（注）

注　市において当該診断書より証明すべき事項を確認することができる場合は、添付を省略することができます。

(３)　その他市長が必要と認める書類

|  |
| --- |
| 委　　　任　　　状代理人　住所　　　　氏名　　　　委任者（妊産婦）との続柄上記の者を代理人と定め、ハイリスク妊産婦健康診査等通院交通費助成金の受領の権限を委任します。　　　　年　　月　　日委任者（妊産婦）住所　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |