

大田市妊婦等に対する通院交通費及び宿泊費助成金
遠方者上乗せ給付申請書

令和 年 月 日

申請者 (妊婦氏名) _____
生年月日 _____ 年 月 日生
住 所 〒 _____
大田市 町 _____
出産予定日 _____ 年 月 日

大田市妊婦等に対する通院交通費及び宿泊費助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり遠方者上乗せ給付の交付を申請します。

1. 申請額 _____ 円 (様式第4号の4の①+②)

2. 振込先口座
- ☐ 全妊婦一律給付と同一口座
- ☐ 下記の口座を希望します (申請者名義の口座に限ります)

金融機関名		支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください)						口座名義(フリガナのみ)	
										※「申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。	
金融機関コード	1.銀行	5.農協	1普通								
	3.金庫	6.漁協									
	3.信組	7.信漁連									
	4.信連	支店コード	2当座								

3. 添付書類
- ☐ 妊娠届出を確認できる書類 (母子健康手帳の写しなど)
- ☐ 医療機関が発行する受診日、診療内容が確認できる書類 (診療明細書など。ハイリスクの場合は「ハイリスク妊娠管理加算」「ハイリスク分娩等管理加算」「総合周産期特定集中治療室管理料」のいずれかが記載されたもの)
- ☐ 振込先口座を確認できるもの (全妊婦一律給付と同一口座の場合は不要)
- ☐ 本人確認書類 (マイナンバーカード、運転免許証など)
- ☐ 申請額計算書 (様式第4号)
- ☐ タクシーを利用した場合はタクシー料金領収書 (乗車区間が分かるもの)
- ☐ 宿泊施設を利用した場合は宿泊費領収書 (妊婦分のみが分かるもの)
- ☐ 遠方判定のための地図または所要時間が確認できる資料 (必要に応じて)