第１号様式（第４条関係）

新居浜市出産・子育て通院交通費助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（宛先）新居浜市長

私は、新居浜市出産・子育て通院交通費助成金交付要綱第４条の規定により、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、上記の助成金交付申請に係る審査に当たり、市長が私の住民基本台帳、健康診査受診状況及び乳幼児医療の受診状況等、今回の申請における関係資料の閲覧を行うことに同意いたします。

１　申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  申請者氏名 |  | 今回の申請に該当する受診者氏名・生年月日 |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 健康保険の種類 |  |

２　金　額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　内　訳

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | | 該当に〇 | 距離区分 | | | 申請額 |
| 概ね50～100km未満 | 概ね100km以上（四国内） | 概ね100km以上（四国外） |
| 不妊治療を受けている方 | |  | 日 | 日 | 日 | **円** |
| 妊娠中又は出産後１年未満の方 | 妊産婦健康診査 |  | 日 | 日 | 日 | **円** |
| 保険診療の治療 |  | 日 | 日 | 日 | **円** |
| 保険診療以外の治療 |  | 日 | 日 | 日 | **円** |
| ３歳未満の乳幼児 | 乳幼児健康診査 |  | 日 | 日 | 日 | **円** |
| 愛媛県内医療機関  （保険診療のみ） |  | 日 | 日 | 日 | **円** |
| 愛媛県内医療機関  （保険診療以外の治療） |  | 日 | 日 | 日 | **円** |
| 愛媛県外医療機関 |  | 日 | 日 | 日 | **円** |
| **申請額合計** | | | | | | **円**  （上限20万円） |

確認書類

|  |
| --- |
| □領収書　　　　　 　□お薬手帳　　　　 　□母子健康手帳　 　　　□通院証明書  □妊産婦健康診査結果 □乳幼児健康診査結果 □乳幼児医療受給データ □県外医療費申請書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |