様式第1号(第5条関係)

秩父市妊婦に対する遠方の産科医療機関等で受診する妊婦健診時にかかる

交通費支援事業助成金申請書兼請求書

年　　月　　日

　秩父市長　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

秩父市妊婦に対する遠方の産科医療機関等で受診する妊婦健診時にかかる交通費支援事業助成金交付要綱第５条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請（請求）します。

　なお、申請内容を確認するため、市が保有個人情報を利用し、又は医学的理由等により周産期母子医療センターで分娩の必要があると判断した医療機関等に対して照会することに同意します。

1.助成金交付申請額（請求額）　　　　　　　　　　　　円

　2.対象者情報　※振込先の口座名義人と申請者の名前は必ず一致させてください。



3.確認（該当する場合は✔を入れてください。）

□医学上の理由等により、周産期母子医療センター等で妊婦健診を受診する必要がある妊婦に該当します。

4.添付書類

(1)　助成金交付申請額計算書(様式第2号)

(2) 秩父市妊婦に対する遠方の産科医療機関等で受診する妊婦健診時にかかる交通費支援事業聞き取り

シート（様式第3号）

(3)　医療機関等が記載した母子健康手帳の「妊娠中の経過」の写し

(4)　実費額を証明する領収書又は領収書に類する書類(有料道路を利用した場合)

(5)　その他市長が必要と認める書類

