

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

令和 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 受診者の氏名・生年月日	
住 所	新居浜市	氏名	生年月日
			S・H・R
			S・H・R
連 絡 先			S・H・R
健康保険の種類			S・H・R

2 金 額 _____ 円

3 内 訳

区 分	該 当 に ○	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
妊娠中または出産後1年未満の方		日	日	日	円
3歳未満の乳幼児		日	日	日	円
申 請 額 合 計					円 (上限20万円)

確認書類

<input type="checkbox"/> 領収書(診療明細書)	<input type="checkbox"/> お薬手帳	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 通院証明書
<input type="checkbox"/> その他 ()			