

様式第 1 号(第 5 条関係)

長瀬町遠方出産交通費及び宿泊費支援助成金交付申請書

年 月 日

長瀬町長 様

住 所
(里帰り先)
氏 名
電話番号

長瀬町遠方出産交通費及び宿泊費支援助成金交付要綱第 5 条の規定に基づき、
下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、申請内容を確認するため、町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
に対して問い合わせることに同意します。

記

1. 交付申請額 金 円

2. 添付書類

- (1) 助成金交付申請額計算書(様式第 2 号)
- (2) 出産日と出産場所が記載されている母子健康手帳の写し
- (3) 実費額を証明する領収書又は領収書に類する書類(交通費はタクシーを利用した場合)
- (4) 里帰り先の居住地の住所を示す公的な書類(里帰りしている場合)
- (5) 医師の診断書又は診療情報提供書等の周産期母子医療センターを利用する医学的理由等を証明する書類(周産期母子医療センターを利用した場合)
- (6) その他町長が必要と認める書類