

新見市妊婦宿泊助成金支給申請書

新見市長 様

次のとおり、新見市妊婦宿泊助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、要件の該当性を審査するため、必要な公簿等の確認を行うことに同意します。
また、必要に応じて新見市と医療機関等が情報の共有をすることに同意します。

ふりがな 申請者氏名				生年月日		年 月 日		
住 所		〒 新見市 日中連絡のつく電話番号 () ※里帰り出産の場合 里帰り先住所：〒						
出産した日		年 月 日						
分娩施設		施設名： 所在地：		自宅から分娩取扱施設までの移動時間（片道）		分		
宿泊先		施設名：						
		所在地：						
宿泊日		年 月 日～ 年 月 日						
宿泊費 内訳		申請者が支払った 1 泊あたりの 宿泊費 (A)	上限額 (B)	選定額 (c) (A)又は(B)いずれ か少ない額	泊数 ※上限 14 泊	助成申請額 ((C)-2,000 円)×泊数		
		円	10,000 円	円	泊	円		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店・支店 支所・出張所		種別		普通・当座	
	ふりがな 口座名義人		口座番号					

申請は出産した日から 4 か月以内に限ります。

添付書類

- 1. 親子健康手帳その他の出産の日及び出産した分娩取扱施設が確認できる書類の写し
- 2. 宿泊費に係る領収書の写し（氏名、宿泊期間、宿泊施設の名称が記載された書類）
- 3. 納税等状況調査同意書
- 4. 申請者の口座を確認できる通帳等の写し
- 5. ハイリスク妊婦であった場合、妊婦健診の結果又は診療報酬明細書の写し

※確認 ☐ 医学的な理由等により周産期母子医療センターで分娩する必要があった妊婦に該当します。（該当する場合、聞き取りをさせていただきます）

(市記入)
☐ 住民基本台帳確認（出産時及び申請時）

受付印