

大槌町妊産婦健康診査アクセス支援助成金交付申請内訳書

		収受日 (大槌町記載欄)	年 月 日
住 所	〒		
氏名（ふりがな）	( )	電話番号	

【①交通費】

利用日	経 路	交通手段	交通費	備 考
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	
年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 自家用車（片道____km）	円	

【②宿泊費】

利用期間	泊 数	宿泊先	金 額
年 月 日～ 年 月 日	泊		円
年 月 日～ 年 月 日	泊		円

【助成金申請額（①交通費＋②宿泊費）】

区 分	交通費計	宿泊費計	合計	町助成決定額 (大槌町記載欄)
通院開始日～3/31までの計	円	円	円	円
4/1～治療終了日までの計	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円

【申請上の注意】

(1) 申請書提出の際に、母子健康手帳の写し（健診日、出産日が記載されている部分）を持参すること。

(2) 宿泊に係る領収書を提出すること。

※行数が足りない場合は、様式をコピーして記載すること。