様式第１号（第４条関係）

　　　年　　月　　日

穴　水　町　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　穴水町字

　　　　　　　　　　　　（申請者）　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　(　　　　）

妊娠まるっとサポート事業（妊娠期サポート）助成金交付申請書

　妊娠まるっとサポート事業助成金交付要綱第４条の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳や税関係情報の調査を行うことに同意します。

記

１　出産（予定）日　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

２　出産（予定）医療機関　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

３　妊娠期の居住地

４　添付書類　　（１）　母子健康手帳の写し

　　　　　　　　　　　　（２）　妊娠期に必要な用品等購入に関する計画書(別紙）

（別紙）

妊娠期に必要な用品等購入に関する計画書

妊娠期に必要な用品を下記のとおり購入する計画ですので、お知らせいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 購入予定時期 | 購入予定品目 | 購入予定額 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

様式第４号（第６条関係）

　　　年　　　月　　　日

穴 水 町 長

申請者　住 所　穴水町字

氏 名

穴水町妊娠期サポート助成金請求書

　　年　　月　　日付け第　　　　号により交付決定通知のあった助成金を下記口座にお振込みくださるよう請求いたします。

記

１　助成金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　下記の口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込金融機関 | 銀行・信用金庫・農協 | 本店支店 |
| 口座の種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口 座 名 義 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |

様式第５号（第７条関係）

　　　年　　月　　日

穴　水　町　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　穴水町字

　　　　　　　　　　　　（申請者）　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　(　　　　）

妊娠まるっとサポート事業（出産医療費等）助成金交付申請書

　妊娠まるっとサポート事業助成金交付要綱第７条の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　出産日　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

２　出産医療機関　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

３　妊娠期の居住地

４　添付書類　　（１）　母子健康手帳の通院の写し

　　　　　　　　　　　　（２）　妊娠、出産に係る医療費の領収書の写し

　　　　　　　　　　　　（３）　妊娠まるっとサポート事業報告書（様式第６号）

　　　　　　　　　　　　（４）　妊娠期の通院に係る実績報告（様式第７号）

様式第６号（第７条関係）

　　年　　月　　日

穴　水　町　長

　　　　　　　　　　　　　　（申請者）　　氏　名

妊娠まるっとサポート事業報告書

１　妊娠及び出産に伴う医療費

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 受診日 | 医療機関に支払った額 | 出産一時金 | 助成額 |
|  |  |  | － | － |
|  |  |  | － | － |
|  |  |  | － | － |
| 合　計 |  | (a) | (b) | (a)-(b) |

２　妊娠期の通院にかかる交通費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 通院回数 | 助成額 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　計 |  |  |

　　　※助成額の合計と妊娠期の通院に係る実績報告における助成額の合計が一致すること

様式第７号（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　（受診者名）　　氏　名

妊娠期の通院に係る実績報告

（妊産婦健康診査）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診回数 | 医療機関名 | 居住地からの通院距離（片道） | 助成額 |
| 1回目 |  |  |  |
| 2回目 |  |  |  |
| 3回目 |  |  |  |
| 4回目 |  |  |  |
| 5回目 |  |  |  |
| 6回目 |  |  |  |
| 7回目 |  |  |  |
| 8回目 |  |  |  |
| 9回目 |  |  |  |
| 10回目 |  |  |  |
| 11回目 |  |  |  |
| 12回目 |  |  |  |
| 13回目 |  |  |  |
| 14回目 |  |  |  |
| 15回目 |  |  |  |
| 16回目 |  |  |  |
| 17回目 |  |  |  |
| 18回目 |  |  |  |
| 19回目 |  |  |  |
| 20回目 |  |  |  |
| 合　計 |  |

(注）　妊娠期の途中で医療機関を変更した場合は、実際に通院した医療機関を記載してください。

　　　里帰り等により申請時点と異なる居住地から通院した場合は、実際の通院距離を記載してください。

様式第１０号（第９条関係）

　　　年　　　月　　　日

穴 水 町 長

申請者　住 所　穴水町字

氏 名

穴水町出産医療費等助成金請求書

　　年　　月　　日付け第　　　　号により交付決定通知のあった助成金を下記口座にお振込みくださるよう請求いたします。

記

１　助成金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　下記の口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込金融機関 | 銀行・信用金庫・農協 | 本店支店 |
| 口座の種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口 座 名 義 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |