

第2号様式（第4条関係）

徳之島町遠方の分娩取扱施設への交通費等支援事業助成金交付申請内訳書

※太枠内をご記入ください。

住所					電話番号						
(フリガナ) 妊産婦氏名						出産場所					
出産予定日	年 月 日		出産日	年 月 日		退院日	年 月 日				

【交通費】						
利用実績	移動日 (往路)	年 月 日		移動日 (復路)	年 月 日	
	出発場所	☐ 自宅 ☐ その他 ()		出発場所	☐ 周産期母子医療センター	
	到着場所	☐ 周産期母子医療センター ☐ 宿泊施設		到着場所	☐ 自宅 ☐ その他 ()	
	総移動時間	時間 分		総移動時間	時間 分	

内 訳	手段	申請者が支払った交通費 (A)	添付書類	上限額 (B)	選定額 (C) (A) 又は (B) のいずれか少ない方の額	算定方法	算定額	
	タクシー	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 領収書 出発地： 到着地：	1回 (片道) 10,000円を上限 とし、4回まで	(C) × 0.8		円	
			円					
	船賃	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 領収書又は乗船証明書	離島割引				円
			円					
	航空賃	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 領収書 ☐ 搭乗券 (写し)	運賃			円	
			円					
バス	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 領収書 ☐ その他 バス停名 (発) (着)	実費額			円		
						申請額		
						【①交通費計】	円	

【宿泊費】

利用実績	利用期間 (出産時の入院までの前泊分)	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊)	
	宿泊先 (出産場所の近隣宿泊施設)		
	宿泊先住所		

宿泊費			泊数			算定方法	算定額
申請者が支払った一泊あたりの宿泊費 (A)	上限額	選定額 (C) (A)又は (B) のい ずれか少ない方の額	申請者が止 まった泊数 (D)	上限泊数 (E)	選定泊数 (F) (D)又は (E) のい ずれか少ない方の額		
円	8,000円			14泊		(C)から2,000円を控 除した額 × (F)	
添付書類						申請額	
						【②宿泊費計】	円

【助成金申請額 (交通費 + 宿泊費)】		
①交通費計	②宿泊費計	助成申請額 (①+②)