

3. 確認（以下の文章を読み、□欄にチェック印（☑）を記入してください。）

□住所地から最も近い妊婦健診・分娩・産婦健診の実施が可能な産科医療機関等まで概ね60分以上の移動時間を要する妊産婦に該当します。

□受診年月日当日に住民票登録地から産科医療機関等まで移動した交通費分のみを申請します。

4-1. 妊婦健診時の交通費について（最大14往復分）

※産科医療機関等欄は2.の①～③から該当する産科医療機関等の番号を記入してください。

※タクシーの場合は領収書を添付してください。

受診年月日	移動手段	産科医療機関等	自己負担額	市記入欄（助成金額） 自己負担額×0.8
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー		円	円
助成金額 計				(千円未満切り捨て) 円

4-2. 分娩時の交通費について

※分娩取扱施設欄は2.の①～③から該当する分娩取扱施設を記入してください。

出産年月日	年 月 日	分娩取扱施設	
移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー（要領収書）		
自己負担額	円	市記入欄（助成金額） 自己負担額×0.8	(千円未満切り捨て) 円

4-3. 産婦健診時の交通費について（最大2往復分）

※産科医療機関等欄は2.の①～③から該当する産科医療機関等を記入してください。

受診年月日	移動手段	産科医療機関等	自己負担額	市記入欄（助成金額） 自己負担額×0.8
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関（タクシーを除く）		円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関（タクシーを除く）		円	円
助成金額 計				(千円未満切り捨て) 円

