

別記第2号様式（第5条関係）

音更町妊産婦安心出産支援事業通院状況確認書

申請者氏名 _____

自宅から医療機関までの距離 _____ Km

■健康診査

	受診回数	受診医療機関	申請額 (受診回数×助成単価×往復分)	※町使用欄
妊婦健診 (上限14回)	回		円	
産婦健診 (上限1回)	回		円	

■出産時（上限1回）

受診日	受診 医療機関	通院 交通手段	通院交通費 領収書金額	申請額	※町使用欄
年 月 日			円	円	

申請額（健康診査と出産時の合計額）	円	※町使用欄
-------------------	---	-------

<参考>

妊婦健診・産婦健診

距離区分	助成単価（片道分）
25 kmを超えて 50 kmまで	7 1 5 円
50 kmを超えて 75 kmまで	1, 2 2 5 円
75 kmを超えて 100 kmまで	1, 6 0 0 円
100 kmを超える	2, 2 6 0 円

通院交通費の助成額については、合理的かつ経済的な経路及び方法により受診した場合の交通費により算定します。交付決定額は、申請額と異なる場合がありますのでご了承ください。

出産時

距離区分（片道）	交通手段	助成単価（片道分）
25kmを超えて50kmまで		7 1 5 円
50kmを超える	鉄道賃（JR）	乗車賃及び急行（特急）料金とする。 (片道100kmを超える場合又は全席指定のみの場合は、座席指定料金でも対象とする。)
	車賃	バス・タクシー等を利用した場合は実費額とし、自家用車を使用した場合は1kmにつき、37円とする。