

出産子育て交通費助成金申請明細書

※申請区分ごとで作成してください。

申請者	住所	伊方町湊浦 1 9 9 3 番地 1		生年月日	
	フリガナ氏名	(イカタ タロウ 伊方 太郎)		平成 7 年 5 月 1 日	
				年齢	3 0 歳
申請区分 申請区分に☑を記入		☐ ①不妊治療（妊娠前の検査又は不妊治療を受けている夫婦） ☐ ②妊産婦 ☒ 未就学児及び当該児童を養育する親等			
健康保険の種類		国民健康保険			
対象者 (1 人)	フリガナ氏名	(イカタ イチロウ 伊方 一郎)	生年月日	令和 4 年 5 月 1 日	
	フリガナ氏名	(イカタ ジロウ 伊方 二郎)	生年月日	令和 6 年 6 月 1 日	
	フリガナ氏名	()	生年月日	令和 年 月 日	
対象者名		申請者ごとの今回 補助対象経費の合計 (A)	申請者ごとの当年度 受給済補助金額 (B)	申請者ごとの補助金請求額 1 人当たり年間 20 万円が上限 (A + B が 20 万円以下)	
伊方 一郎		2 0 , 0 0 0 円	1 7 0 , 0 0 0 円	1 0 , 0 0 0 円	
伊方 二郎		5 , 0 0 0 円	0 円	5 , 0 0 0 円	
		円	円	円	
			補助金請求額合計		1 5 , 0 0 0 円

○下記の資料を添付すること。

☒ 補助金振込先口座の通帳写し等（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人が分かるもの）	
☒ 通院申告書	
☒ バスを除く公共交通機関又はタクシーを利用して通院した交通費の領収書	
< 確認書類 受診者氏名、通院日及び医療機関名等が確認できるもの 1 点以上 >	
☒ 領収書 ☒ お薬手帳 ☐ 母子健康手帳 ☐ 通院証明書 ☐ 妊産婦健康診査結果	
☐ 乳幼児健康診査結果 ☐ その他通院を証明するもの	