

小美玉市長

小美玉市妊産婦タクシー利用補助金交付申請書兼請求書

申請者	住所	(郵便番号)〒 小美玉市
	氏名	
	電話番号	※日中連絡ができる電話番号を記入してください。

小美玉市妊産婦タクシー利用補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。また小美玉市がこの申請に必要な情報について調査及び医療機関その他関係機関に照会することについて同意します。

補助金交付申請(請求)額		金 円	
対象者 (妊産婦)	フリガナ		生年月日 S 年 月 日 H (歳)
	氏名		
	住所	同上(同住所の場合は同上に○ 別住所の場合は下記にご記入ください) 小美玉市	
出産日・出産予定日		令和 年 月 日	
金融機関名		銀行・組合 金庫・農協	(支店番号) 支店
口座種別		普通・当座	口座番号
フリガナ			
口座名義人			

【添付書類】※必要書類が整っていることを確認し、申請してください。

- タクシー利用領収書(利用日・利用金額・タクシー事業所名がわかるもの)を別紙に貼付
- 産科医療機関の受診が確認できるもの(産科医療機関の領収書等)
- 母子健康手帳における妊娠中の経過欄及び出産後の母体の経過欄の写し
- 口座情報がわかる通帳またはキャッシュカードの写しを別紙に貼付
- 委任状(申請者と口座名義人名が違う場合は必要)任意様式 ほか

【申請期限】下記①②のうち早いほうの日 ※申請期限が過ぎますと支給できなくなります。

- ① 出産後2か月
- ② タクシーを最後に利用した日の年度末(3月31日)

*申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、下枠の「委任状」欄を記入してください。

<p>委任状</p> <p>小美玉市から当方に支払われる「妊産婦タクシー利用補助金」の受領に関する一切の件は、 (振込先口座名義人住所) _____ (振込先口座名義人氏名) _____ へ委任いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 申請者氏名 _____</p>

補助対象経費内訳

※該当の通院目的の項目に☑を入れてください

No.	通院目的		利用日	補助対象経費 (上限 10,000 円)	市確認欄
1	<input type="checkbox"/> 24 週以降妊婦検診 <input type="checkbox"/> 出産時の入退院 <input type="checkbox"/> 産婦検診 <input type="checkbox"/> その他	行き	月 日	円	
		帰り	月 日	円	
2	<input type="checkbox"/> 24 週以降妊婦検診 <input type="checkbox"/> 出産時の入退院 <input type="checkbox"/> 産婦検診 <input type="checkbox"/> その他	行き	月 日	円	
		帰り	月 日	円	
3	<input type="checkbox"/> 24 週以降妊婦検診 <input type="checkbox"/> 出産時の入退院 <input type="checkbox"/> 産婦検診 <input type="checkbox"/> その他	行き	月 日	円	
		帰り	月 日	円	
4	<input type="checkbox"/> 24 週以降妊婦検診 <input type="checkbox"/> 出産時の入退院 <input type="checkbox"/> 産婦検診 <input type="checkbox"/> その他	行き	月 日	円	
		帰り	月 日	円	
5	<input type="checkbox"/> 24 週以降妊婦検診 <input type="checkbox"/> 出産時の入退院 <input type="checkbox"/> 産婦検診 <input type="checkbox"/> その他	行き	月 日	円	
		帰り	月 日	円	
6	<input type="checkbox"/> 24 週以降妊婦検診 <input type="checkbox"/> 出産時の入退院 <input type="checkbox"/> 産婦検診 <input type="checkbox"/> その他	行き	月 日	円	
		帰り	月 日	円	
7	<input type="checkbox"/> 24 週以降妊婦検診 <input type="checkbox"/> 出産時の入退院 <input type="checkbox"/> 産婦検診 <input type="checkbox"/> その他	行き	月 日	円	
		帰り	月 日	円	
8	<input type="checkbox"/> 24 週以降妊婦検診 <input type="checkbox"/> 出産時の入退院 <input type="checkbox"/> 産婦検診 <input type="checkbox"/> その他	行き	月 日	円	
		帰り	月 日	円	
9	<input type="checkbox"/> 24 週以降妊婦検診 <input type="checkbox"/> 出産時の入退院 <input type="checkbox"/> 産婦検診 <input type="checkbox"/> その他	行き	月 日	円	
		帰り	月 日	円	
10	<input type="checkbox"/> 24 週以降妊婦検診 <input type="checkbox"/> 出産時の入退院 <input type="checkbox"/> 産婦検診 <input type="checkbox"/> その他	行き	月 日	円	
		帰り	月 日	円	
合計 (補助金交付申請・請求額)				円	

別紙(口座情報確認書類・タクシー利用領収書添付用)

金融機関の書類を貼ってください。
～通帳またはキャッシュカードの写し～

令和 年 月 日 タクシー利用領収書を貼ってください。	令和 年 月 日 タクシー利用領収書を貼ってください。
令和 年 月 日 タクシー利用領収書を貼ってください。	令和 年 月 日 タクシー利用領収書を貼ってください。
令和 年 月 日 タクシー利用領収書を貼ってください。	令和 年 月 日 タクシー利用領収書を貼ってください。

令和 年 月 日 タクシー利用領収書を貼ってください。	令和 年 月 日 タクシー利用領収書を貼ってください。
令和 年 月 日 タクシー利用領収書を貼ってください。	令和 年 月 日 タクシー利用領収書を貼ってください。