

山北町妊婦タクシー費用助成金交付申請書

記載例

山北町長 様

申請場所は、健康福祉センター1階 保険健康課健康づくり班です

山北町妊婦タクシー費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ふりがな		住所	山北町
申請者氏名	妊婦本人	電話番号	(固定電話・携帯電話どちらでも可)
	(本人自署の場合押印不要)		
タクシー利用日 (片道を1回とし原則5回まで)	利用区間 (乗降車場所が自宅以外または県外の場合、住所も記載)		申請額 (1回あたりの上限額は13,000円)
① 年 月 日	自宅 から 小田原市立病院 まで		円
② 年 月 日	小田原市立病院 から 自宅 まで		円
③ 年 月 日	自宅 から 小田原市立病院 まで		円
④ 年 月 日	小田原市立病院 から 自宅 まで		円
⑤ 年 月 日	実家 から ○○産婦人科 まで (○○県○○市○○××番地) (○○県○○市○○××番地)		円
⑥ 年 月 日	から まで		円
申請額の合計	①～⑥の合計		円
添付書類等 町確認	<input type="checkbox"/> タクシー費用の支払い額が確認できる領収書（原本） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の提示		

上記内容について相違ありません。また、町が審査のために住民基本台帳を確認すること及び偽りその他不正な行為により助成金の交付を受けたときはその全額を返還することに同意します。

領収書（原本）は、申請書裏面に貼り付けしてください。
母子手帳は申請時に提示してください。

申請者署名 _____ 印
(本人自署の場合押印不要)

振込先	金融機関名	支店名	普通・当座 No.
	カタカナ		
	名義人		

妊婦本人または夫の口座情報を記載