

## 久御山町妊産婦タクシー利用支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）久御山町長

申請者住所 \_\_\_\_\_

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

久御山町妊産婦タクシー利用支援事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、同要綱第3条の規定に該当する旨の調査のため、住民基本台帳を確認されることに同意します。

利用者 フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> ←申請者と同じ氏名の場合 はここにチェック)		出産予定日 ・ 出産日	年 月 日
住所	久御山町		電話番号 ( ) -	
生年月日	年 月 日			
利用日 (病院の受診日が 分かる書類添付)	年 月 日			
利用料金 (領収書原本添付)	円		※ 助成申請額 円	
受給歴 (該当するものを○で 囲んでください。)	過去に、本事業の助成金を 利用したことがありますか。 ある・ない		※ 助成回数 ( ) 回目 ※ 助成合計金額 円	
利用者との続柄	(申請者から見た続柄)			
銀行 信金 農協	本店 支店 出張所	口座番号		口座名義人
		普 ・ 当		(フリガナ)

太枠内に申請内容をご記入ください。※印の部分は、空欄でご提出ください。

※確認印

&lt;添付書類&gt;

- タクシー料金の領収書の原本（利用日及び利用金額が分かるもの）  
 医療機関等の受診日が分かる書類（母子手帳の写し、医療機関等の領収書の写し等）

※確認印