

令和 年 月 日

(宛先) 野田市長

住所
申請者 氏名
電話番号

野田市妊婦タクシー利用料金助成金交付申請書兼請求書

妊婦タクシー利用料金助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて下記のとおり申請します。なお、交付決定を受けたときは、当該助成金交付決定額のとおり請求いたします。

記

1 対象者

氏名		生年月日	年 月 日生
住所		電話番号	

2 助成金交付申請額 _____ 円
(裏面の内訳表の合計金額を記載してください。)

3 助成金振込口座

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所
フリガナ 口座名義	口座種類	当座 ・ 普通
	口座番号	

【助成金の内訳】

No.	日付	支払額	助成額	利用目的（該当箇所には○）
1		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
2		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
3		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
4		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
5		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
6		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
7		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
8		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
9		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
10		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
11		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
12		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
13		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
14		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
15		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
16		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
17		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
18		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
19		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
20		円	円	医療機関受診 入院 退院 他（ ）
合計			円	

「支払額」は、クーポン等割引があった場合は、割引後の金額を記載してください。

「助成額」は、支払額の半額を記載してください。（端数切り上げ）

ただし、支払額が4,001円以上の場合は、助成額は2,000円となります。

【添付書類】 この申請書と共に下記3点をご提出ください。

① 利用したタクシーの領収書（原本）

電子マネー決済等でタクシー会社から領収書が発行されない場合は、支払日・支払金額・支払先がわかる画面を印刷したものを提出してください。

② 母子健康手帳の該当ページ（妊婦健康診査等の受診日がわかるページ）（写し）

医療機関の受診を証明できる領収書等（写し）※妊婦健診以外の受診の場合

③ 振込先の口座がわかる通帳またはキャッシュカード（写し）