

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○） |
|-----|----|-----|-----|-------------------|
| 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）