

蒲郡市長 様

蒲郡市妊産婦等タクシー利用助成事業（市外タクシー助成）承認申請書

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

次のとおり蒲郡市妊産婦等タクシー利用助成事業（市外タクシー助成）について承認申請します。

また、申請にあたり、蒲郡市が保有する公簿等により、居住状況について確認すること及び必要に応じて医療機関等へ疾患等について確認することに同意します。

対象者	(フリガナ) 氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	申請者と同じ場合は不要			
	里 帰 り 先 住 所	(里帰り先にて出産病院までタクシーを利用する方のみ記入)			
出産病院					
分娩予定日	年 月 日	出産日	(妊娠中の方は記載不要) 年 月 日		
利用医療機関					
市外の医療機関 で出産する理由					
疾患等の有無	有 ・ 無 〔 疾患名 〕				
産後ケア利用の 有無	有 ・ 無				