

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）助成申請書兼請求書

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）の承認決定に基づきタクシーを利用しましたので、下記のとおり助成の申請及び請求をいたします。

また、助成金の支給申請にあたり、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受診状況等の確認をすることに同意します。併せて、偽りその他不正な行為により助成金の支給を受けたと判断されたときは、助成金の全部を返還することに同意します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			(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)		

振 込 先	フリガナ	種目	口座番号
	口座名義人		
信用金庫 信用組合 銀 行 農 協 漁 信		普通	

(裏面)

No.	利用年月日	目的	タクシー 利用料	利用区間	
				乗車場所	降車場所
1	年 月 日	()妊産婦・乳児健康診査 ()産後ケア ()その他[]	円		
2	年 月 日	()妊産婦・乳児健康診査 ()産後ケア ()その他[]	円		
3	年 月 日	()妊産婦・乳児健康診査 ()産後ケア ()その他[]	円		
4	年 月 日	()妊産婦・乳児健康診査 ()産後ケア ()その他[]	円		
5	年 月 日	()妊産婦・乳児健康診査 ()産後ケア ()その他[]	円		
6	年 月 日	()妊産婦・乳児健康診査 ()産後ケア ()その他[]	円		
7	年 月 日	()妊産婦・乳児健康診査 ()産後ケア ()その他[]	円		
8	年 月 日	()妊産婦・乳児健康診査 ()産後ケア ()その他[]	円		
9	年 月 日	()妊産婦・乳児健康診査 ()産後ケア ()その他[]	円		
10	年 月 日	()妊産婦・乳児健康診査 ()産後ケア ()その他[]	円		

<添付資料>

- ・タクシー利用領収書（利用日・利用金額・タクシー事業者名がわかるもの）
- ・医療機関等の領収書、診療明細書及び母子健康手帳の健診記録等の写し
- ・振込先金融機関等の預金通帳等の写し
- ・蒲郡市妊産婦等タクシー利用助成事業（市外タクシー運賃）承認決定通知書