

(表面)

様式第1号 (第6条関係)

年 月 日

つくば市長 宛て

申請者 (妊産婦) 氏名 _____

つくば市妊産婦タクシー利用費助成金交付申請書兼請求書

妊産婦タクシー利用費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。
また、交付の決定があったときは、次のとおり請求します。

1 申請者情報

住所	〒 つくば市	生年月日	年	月	日
電話番号		子の生年月日 (分娩予定日)	年	月	日
振込先金融機関	銀行 信用金庫 組合 本・支店				
口座の種別 ・口座番号	普通・当座				
フリガナ					
口座名義人					

2 委任欄

妊産婦以外の者がこの助成金の受領をする場合は、妊産婦が以下を記入してください。

助成金の受領については、次の者に委任します。 受任者氏名 _____ 受任者住所 _____ 妊産婦署名 _____

3 添付書類

(1) 住民票の写し (「4 同意欄」に署名がある場合には添付の省略が可能です。) ※ (2) 母子健康手帳の子の保護者欄、妊娠中の経過欄及び出産後の母体の経過欄の写し (3) 医療機関からの領収書の写し (医療機関を受診した目的を確認できるものに限る。) (4) タクシー料金の領収書
--

※ 「4 同意欄」に署名がある場合であっても、つくば市の備付けの公簿等により住民登録情報を確認することができない場合には、住民票の写しを提出してください。

4 同意欄

以下の事項に同意します。

①この助成金の交付の審査に際し、住民登録情報について、つくば市備付けの公簿により確認すること。 ②この助成金の交付の審査に際し、医療機関の受診状況又はタクシーの利用状況について、必要に応じて医療機関又はタクシー事業者に照会すること。 妊産婦署名 _____
--

(裏面)

5 タクシー利用状況について

- ・複数の助成の区分（10回助成型・5回助成型・4回助成型）を選択して申請することはできません。
- ・支払額が乗車1回当たりの助成金の限度額未満の場合は、支払額を請求額の欄に記入してください。
- ・支払額が乗車1回当たりの助成金の限度額以上の場合は、乗車1回当たりの助成金の限度額（助成の区分に応じ、2,000円・4,000円・5,000円）を記入してください。
- ・この助成金の交付額の上限は、1回の妊娠につき、20,000円となります。

タクシー利用状況 (該当する□にレ印を記入してください。)			支払額 (・希望する助成の区分の□にレ印を記入し、支払額を記入してください。 ・請求済みの回数については、□にレ印を記入し、金額は記入不要です。)			請求額
			□2,000円 ×10回	□4,000円 ×5回	□5,000円 ×4回	
1	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 出産に伴う入退院 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> その他	円	円	円	円
			<input type="checkbox"/> 請求済	<input type="checkbox"/> 請求済	<input type="checkbox"/> 請求済	
2	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 出産に伴う入退院 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> その他	円	円	円	円
			<input type="checkbox"/> 請求済	<input type="checkbox"/> 請求済	<input type="checkbox"/> 請求済	
3	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 出産に伴う入退院 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> その他	円	円	円	円
			<input type="checkbox"/> 請求済	<input type="checkbox"/> 請求済	<input type="checkbox"/> 請求済	
4	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 出産に伴う入退院 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> その他	円	円	円	円
			<input type="checkbox"/> 請求済	<input type="checkbox"/> 請求済		
5	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 出産に伴う入退院 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> その他	円	円		円
			<input type="checkbox"/> 請求済			
6	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 出産に伴う入退院 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> その他	円			円
			<input type="checkbox"/> 請求済			
7	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 出産に伴う入退院 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> その他	円			円
			<input type="checkbox"/> 請求済			
8	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 出産に伴う入退院 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> その他	円			円
			<input type="checkbox"/> 請求済			
9	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 出産に伴う入退院 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> その他	円			円
			<input type="checkbox"/> 請求済			
10	年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 出産に伴う入退院 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> その他	円			円
			<input type="checkbox"/> 請求済			
合計			円	円	円	円

助成金を申請する場合は、次の事項を確認し、□にレ印を記入してください。

<input type="checkbox"/> 確認しました	初回の助成金の申請の際に選択した助成の区分は、2回目以降の申請において変更することができない。
---------------------------------	---

受付者対応欄	受付職員氏名 ()
添付書類	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 「子の保護者」欄の写し <input type="checkbox"/> 妊娠中の経過欄の写し <input type="checkbox"/> 出産後の母体の経過欄の写し <input type="checkbox"/> 医療機関からの領収書の写し <input type="checkbox"/> タクシー料金の領収書