

(表面)

様式第1号(第12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(電子チケット併用)

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、交付決定額について請求します。

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、妊産婦が以下を御記入ください。

委 任 状	
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) 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 (2) 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。) (3) タクシー料金の領収書
--

4 同意欄

以下の項目に同意します。

①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。 ②本申請時に未使用の電子チケットが残っている場合には、審査に際し、残っている電子チケットが取り消されることに同意すること。
妊産婦署名 _____

(裏面)

5 タクシー利用状況について

①交付パターン ※該当するもの1つに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 2,000円×10回 <input type="checkbox"/> 4,000円×5回 <input type="checkbox"/> 5,000円×4回
②電子チケット利用枚数 ※該当するもの1つに☑をつけ、利用枚数を記入してください。 <input type="checkbox"/> 2,000円×10回 () 枚 <input type="checkbox"/> 4,000円×5回 () 枚 <input type="checkbox"/> 5,000円×4回 () 枚
③償還払い申請回数 ※該当するもの1つに☑をつけ、申請回数を記入してください。 <input type="checkbox"/> 2,000円×10回 () 回 <input type="checkbox"/> 4,000円×5回 () 回 <input type="checkbox"/> 5,000円×4回 () 回

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
			<input type="checkbox"/> 2,000円 ×10回	<input type="checkbox"/> 4,000円 ×5回	<input type="checkbox"/> 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	母子健康手帳 (<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