

様式第1号（第4条関係）

大井町妊婦・子育てタクシー利用料金助成金交付申請書（請求書）

大井町長 様

大井町妊婦・子育てタクシー利用料金助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、必要な書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

支給金額は、下記の口座に振り込んでください。

なお、当該助成に係る事務を行うにあたり、担当職員が町税等収納状況、住民税基本台帳、妊産婦・乳児健康診査受診票、医療機関及びタクシー事業所等に調査閲覧することに同意します。

申請日：令和 年 月 日		(太枠内を記入してください)	
住所	大井町 (電話番号： )		
対象者 (子の氏名は利用がある場合のみ記入)	妊産婦氏名 (申請者)		
	子の氏名 ( 年 月 日生)		
助成金交付 申請額 (請求額)	円 ・別紙の利用内訳書の合計が10,000円を超える場合は10,000円(助成上限額)		

助成金振込口座

口座番号	銀行 信用金庫 協同組合	本店 支店 出張所	預金 種別	1. 普通
				2. 当座
		フリガナ		
		口座名義人		

(申請者が妊産婦でない場合) 上記助成金の受領に関することを下記の者に委任します  
住所

氏名 受領者との続柄

【添付書類】

- タクシー利用領収書 (利用日・利用金額・事業所名がわかるもの)
- 受診日がわかる書類 (母子健康手帳の写し・医療機関等の領収書の写し)
- 振込口座の確認ができるもの (通帳またはキャッシュカード)

※事務処理欄 (記入不要)

交付 (不交付) 決定年月日	年 月 日 【不交付理由】
交付決定額	円

タクシー利用内訳書（お子さんの3か月健康診査の受診日から3か月以内に申請してください。）

No.	利用年月日	利用料金	乗車区間	対象区分※ (○をする)
1	年 月 日	円	～	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2	年 月 日	円	～	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3	年 月 日	円	～	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4	年 月 日	円	～	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5	年 月 日	円	～	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6	年 月 日	円	～	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7	年 月 日	円	～	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
合計		円		

<※対象区分>

- (1) 妊婦健康診査の受診      (2) 産婦健康診査の受診      (3) 出産のための入退院  
 (4) 1か月児健康診査の受診      (5) 3か月児健康診査の受診      (6) その他  
 ・ 3か月児健康診査は町が実施している集団健康診査を受診した場合が対象となります。

領 収 書 添 付 欄

(領収書が多く貼付できない場合は封筒などに入れて提出してください)

