

様式第1号（第5条関係）

西尾市妊産婦等タクシー料金助成申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）西 尾 市 長

住所 西尾市

申請者は利用者本人 氏名

※口座名義人と同一 電話

西尾市妊産婦等タクシー料金助成事業実施要綱第7条の規定に該当するタクシーを利用したので、料金の助成を申請します。なお、私は西尾市長がこの申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。

| | | | | |
|-----|------------------|--|---------|--|
| 対象者 | 妊産婦氏名 | | | |
| | 生年月日 | | 出産（予定）日 | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所 農協 漁協 | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | 口座名義人 ※申請者と同一 | (フリガナ) | | |

タクシー利用状況（太枠を記入）

| 回数 | 年月日 | 利用目的 ※番号記入 | 医療機関名 | 支払額 |
|----------|-----|-----------------------------|-------|-----|
| 1 | | ① 妊娠中から出産後2か月までの妊産婦の受診及び入退院 | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | ② 母親教室等 ③ 出生後2か月までの子の受診 | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| | | ④ 産後ケア | | |
| | | ⑤ その他 | | |
| 利用した合計金額 | | | 円 | |
| 支給決定額 | | | 円 | |

添付書類

- 母子健康手帳
- タクシー利用日に医療機関等を受診（産後ケア事業を利用）したことが証明できる書類
- タクシー会社が発行した領収書（原本）
- 申請者名義の通帳又はキャッシュカードの写し

| | |
|-------|-----|
| 決定年月日 | 受付印 |
|-------|-----|

注意) 医療機関が発行する領収書の日付とタクシー利用日が異なる場合は、助成できません。