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

氏名

申請者は利用者本人

※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　　行信用金庫信用組合農　　協漁　　協 | 本　店支　店出張所 |
| 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. 母親教室等
3. 出生後２か月までの子の受診
4. 産後ケア
5. その他
 |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| 利用した合計金額 | 円 |
| 支給決定額 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 決定年月日 | 受付印 |

**添付書類**

１　母子健康手帳

２　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

３　タクシー会社が発行した領収書（原本）

４　申請者名義の通帳又はキャッシュカードの写し

**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。**