

別記様式第1号（第4条関係）

須崎市妊婦出産時タクシー利用料金助成事業申請書兼請求書

年 月 日

須崎市長 様

申請者 住 所
氏 名 ㊞

須崎市妊婦出産時タクシー利用助成金の交付を受けたいので、須崎市妊婦出産時タクシー利用料金助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。また、この申請の審査のために、須崎市が産科医療機関、タクシー会社その他関係機関に照会・確認することについて、承諾します。

ふりがな				生年月日
申請者氏名				年 月 日
住所	〒 須崎市			
電話番号				
出産日	年 月 日	出産の場所		
タクシー利用日	年 月 日	タクシー会社名		
助成金申請額	円			
添付書類	☐ タクシーの利用料金及び利用日が確認できる領収書 ☐ 母子健康手帳の写し			

交付決定された助成金については、次の金融機関の口座に振り込んでください。

1	フリガナ			
	口座の名義			
2	金融機関名	銀行・組合 金庫	本店・支店 出張所	
3	口座の種類及び番号	普通 ・ 当座	No.	