

# 記入例

様式第1号（第4条関係）

幸田町妊産婦タクシー料金助成金支給申請書

日付は空白に  
してください

（宛先）幸田町長

年 月 日

申請者情報	住所	幸田町大字菱池字錦田 84 番地
	氏名	幸田 花子
	電話番号	0564-62-8158
	生年月日	平成 2 年 3 月 4 日
	出産（予定）日	令和 4 年 5 月 6 日
	母子健康手帳番号	100

医療機関及び妊産婦健康診査を受診する際にタクシーを利用したので、幸田町妊産婦タクシー料金助成金の支給を申請します。

なお、幸田町タクシー料金助成金に係る事務に当たり、幸田町長が住民基本台帳等を閲覧することに同意します。

記

申請額は空白に  
してください。

## 1 タクシー利用日等

利用年月日	利用料金	受診した医療機関名
令和 4 年 5 月 6 日	2,000 円	〇〇クリニック
令和 4 年 5 月 11 日	2,000 円	〇〇クリニック
令和 4 年 6 月 7 日	2,000 円	〇〇クリニック
	円	
利用料金合計	6,000 円	
申請額		円（上限 5,000 円）

## 2 添付書類

## 3 注意事項

申請者、口座名義人は同じ方になります。

妊産婦の夫が申請する場合、申請者、口座名義人も夫となります。その場合、下記の一文もご記入下さい。日付は空白にしてください。

この申請に関する請求から受取までの全ての権限を 夫 幸田 太郎 に委任します。

令和〇年〇月〇日 幸田 花子