

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

（宛先）幸田町長

年 月 日

申請者情報	住所	
	氏名	
	電話番号	
	生年月日	
	出産（予定）日	
	母子健康手帳番号	

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

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
	円	
	円	
	円	
	円	
利用料金合計	円	
申請額	円（上限5,000円）	

2 添付書類

3 注意事項