

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		

幸田町妊産婦タクシー料金の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

また、幸田町妊産婦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。あわせて、偽りその他不正な行為により助成金の支給を受けたと判断されたときは、助成金の全部を返還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	料金
	円
	円
	円
	円
料金合計	円
申請額	円（上限 5, 0 0 0 円）

2 利用目的・行き先

3 添付書類