

豊能町妊産婦タクシー費用助成申請書

年 月 日

豊能町長 様

申請者

住 所	豊能町
氏 名	印
電 話 番 号	
妊 娠 届 出 日	年 月 日
出 産 日	年 月 日

（流産・死産を含みます）

豊能町妊産婦タクシー費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請金額 円

③上限は20,000円です。

③申請できる期間は、タクシーを最後に利用した日から6か月以内です。

振込先

次の口座に振り込んでください。

金 融 機 関 名	
本 ・ 支 店 名	
種 類	普通・当座（○で囲む）
口 座 番 号	
フ リ ガ ナ	
口 座 名 義	

添付書類

1. タクシーの領収書（原本）
2. タクシーを利用した日の健診等の日付がわかるもの
（母子健康手帳の写し、医療機関の領収書の写しなど）
3. 振込先がわかるもの
（通帳の1ページ目の写し、キャッシュカードの写しなど）