

神戸町子育て応援タクシー費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

神戸町長 様

申請者(本人又は保護者)

住 所 〒503-23

神戸町大字

氏 名 ⑩

電話番号

神戸町子育て応援タクシー費用助成事業実施要綱第5条の規定により、妊婦健診等の通院、各種健診・相談等に要したタクシー費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、私は、神戸町が子育て応援タクシー費用助成に係る事務を行うにあたり住民基本台帳を閲覧すること、また、確認が必要な場合は、医療機関及びタクシー事業所等に通院状況を問い合わせることを同意します。

健診等を受けた者の住所・氏名・生年月日	住所	神戸町大字		
	ふりがな		生年月日	(S・H)
	氏 名			年 月 日 ()
	ふりがな		生年月日	(H・R)
	乳幼児氏名			年 月 日 ()
健診等を受けた医療機関名	名称		所在地	
申請理由	1. 運転免許証がない 2. 車を所有していない 3. 身近に協力者がいない 4. 緊急時の出産 5. 障がいや疾患等で運転ができない 6. その他 理由 ()			
請求額	※金額は保健センターで確認後、記入してください。 【上限】妊産婦：30,000円 乳幼児：72,000円※乳児は3年間での上限とする 金 _____ 円 (内訳は裏面に記載の通り)			
振込先金融機関	金融機関名	銀行・金庫		支店
		組合・農協		出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

添付書類

- 母子健康手帳（健診等の記録が分かるもの）
- タクシー利用領収書（利用年月日と金額が分かるもの）
- 健診等にかかる医療機関発行の領収書（発行を受けた場合）
- 振込先金融機関の通帳の写し

(助成金の内訳)

通院方法等	タクシー利用日	通院目的	乗車区間	利用料金(円)	助成金額(円)	
	1	年 月 日		～	円	円
	2	年 月 日		～	円	円
	3	年 月 日		～	円	円
	4	年 月 日		～	円	円
	5	年 月 日		～	円	円
	6	年 月 日		～	円	円
	7	年 月 日		～	円	円
	8	年 月 日		～	円	円
	9	年 月 日		～	円	円
	10	年 月 日		～	円	円
	11	年 月 日		～	円	円
	12	年 月 日		～	円	円
	13	年 月 日		～	円	円
	14	年 月 日		～	円	円
	15	年 月 日		～	円	円
	16	年 月 日		～	円	円
	17	年 月 日		～	円	円
	18	年 月 日		～	円	円
	19	年 月 日		～	円	円
	20	年 月 日		～	円	円
	21	年 月 日		～	円	円
21	年 月 日		～	円	円	
計					円	

※妊産婦：1回の乗車につき1,500円を助成上限とし、対象となる健康診査等（出産を含む）のうち20回を限度とする

※乳幼児の保護者：1回の乗車につき、400円を超えた金額を助成、1,500円を上限とする。

【チェックリスト】

区分	項目	チェック欄
申請書	妊産婦、乳幼児分に分けて申請書を作成しましたか。(申請は別々です。)	
	妊産婦(出産後6か月以内)、乳幼児分は年度内(前年3月分から2月分)まとめて申請していますか。	
領収書	日付は、妊婦健康診査、出産、保健センターで実施する各種健診・相談、予防接種の日付と一致していますか。	
持ち物	①母子健康手帳 ※妊婦健診・出産、乳幼児健診・相談、予防接種の記録が分かるページ ②領収書(利用日、利用金額が分かるもの。) ③振込先金融機関の口座の分かるもの。	