

東かがわ市産後ケア交通費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

東かがわ市長 様

東かがわ市産後ケア交通費助成金の交付を受けたいので、東かがわ市産後ケア交通費助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1. 助成金の申請（請求）者

フリガナ 氏 名	印	生年月日	年 月 日
住 所	東かがわ市		
出産年月日	年 月 日	電話番号	

2. 申請（請求）額 _____ 円

3. 振込先口座

金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所				
口座番号	当座 ・ 普通							
フリガナ								
口座名義人								

※振込先金融機関の口座が確認できる書類を添付してください。

※請求者と口座名義人は同一としてください。

4. 交通利用明細書

↓市記入欄

利用 方法		利用日	利用 施設	発着地 (発：上段 着：下段)	交通手段 (①自家用車 ②タクシー ③その他 ())	交通費内訳 (領収書の 合計額)	助成額
通所型	1	年 月 日					
	2	年 月 日					
	3	年 月 日					
	4	年 月 日					
	5	年 月 日					
	6	年 月 日					
	7	年 月 日					
宿泊型	1	年 月 日 ----- 年 月 日					
	2	年 月 日 ----- 年 月 日					
	3	年 月 日 ----- 年 月 日					
	4	年 月 日 ----- 年 月 日					
助成合計額							

※利用した公共交通機関（タクシーを含む。）の領収書を添付してください。

※自家用車利用の場合は、片道 1,000 円を助成します。

※出産施設で出産後の退院日に帰宅せず、引き続き宿泊型で同施設を利用した場合、利用日については宿泊型 1 の上段には記入せず、宿泊型 1 の下段から記入してください。（出産後の退院日は利用日数には含まれません。）

5. 今回の出産に際し、過去に東かがわ市産後ケア交通費助成金の交付を受けたことがありますか。

(有 ・ 無) * どちらかに○を付けてください。