

様式第1号（第5条関係）

桶川市妊産婦移動支援事業助成金交付申請書

年 月 日

桶川市長

申請者（妊産婦） 住 所
氏 名
電 話

桶川市妊産婦移動支援事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。この申請の審査に当たり、住民基本台帳を確認することに同意します。

ふ り が な		妊産婦生年月日	年 月 日
妊 産 婦 氏 名			
妊 娠 届 出 日	年 月 日	出産等をした日	年 月 日
タクシー利用日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)			
タクシー利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
タクシー利用金額 (A)	上限額 (B)	申 請 金 額 (A又はBのいずれか少ない額)	
円	15,000 円	円	
添付書類	☐ タクシーを利用した費用の支払額が確認できる領収書等の写し ☐ 妊娠届出日及び出産等をした日が確認できる母子健康手帳（「表紙」及び「出産の状態」のページ等）の写し		

桶川市記入欄

タクシー利用回数	回
助 成 金 額	円