

様式第1号 (第4条関係)

富士見町マタニティタクシー利用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

富士見町長

申請者
住所
氏名
電話番号

富士見町マタニティタクシー利用助成金の交付を受けたいので次のとおり申請します。

フリガナ 利用者氏名			
生年月日		住所	
タクシー利用日	年	月	日
乗車地住所			
タクシー事業者名称			
出産日	年	月	日
病院の名称			
申請額			

富士見町マタニティタクシー利用助成金の交付が決定された場合には、次の口座に振り込んでください。

【振込先口座】 ※原則、申請者の口座とします。

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本・支店名	本店 支店 支所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※申請者と口座名義人が相違する場合は、別途委任状が必要です。

添付書類

- 1 タクシーの利用料金及び利用日が確認できる領収書の写し
- 2 母子健康手帳の写し