



松戸市産婦タクシー利用料補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 松戸市長

住所
申請者 氏名 (印)
電話番号

松戸市産婦タクシー利用料補助金交付要綱に基づき、下記のとおり添付書類を添えて申請及び請求します。

また、補助金の交付申請にあたり、松戸市が保有する公簿等により、居住状況について確認することに同意します。

補助金交付申請 (請求) 額		金 円	
対象者 (産婦)	氏名	(フリガナ)	生年月日 年 月 日 (歳)
	タクシー利用時の住所	〒 松戸市	
出産日		令和 年 月 日	
金融機関名		銀行・組合 金庫・農協	本店・支店 出張所
預金種別		普通・当座	口座番号
口座名義人 (申請者)		(フリガナ)	

【添付書類】 ※必要書類が整っていることを確認ください。

<input type="checkbox"/>	タクシー利用領収書 (利用日・利用金額・タクシー事業所名がわかるもの)
<input type="checkbox"/>	医療機関の領収書・明細書の写し (入退院時及び産婦健康診査とわかるもの) ※領収書等に記載ない場合、利用した産婦健康診査の受診票の写しも添付ください。
<input type="checkbox"/>	振込先口座を確認することができる書類の写し
<input type="checkbox"/>	委任状 (申請者と口座名義人名が違う場合は必要)

<申請期限> ①②どちらか早い方の日

①出産後3か月 例) 出産が11月1日⇒期限は、翌年2月1日

②タクシーを最後に利用した日の属する年度末 (3月31日)

例) 出産が1月15日⇒タクシー利用日は2月18日⇒期限は、3月31日

※申請期限にご注意ください。(期限が過ぎますと支給はできません)

裏面の補助対象経費内訳もご記入ください。 ⇒

補助対象経費内訳

該当の通院目的の箇所に記入をお願いします。

通院目的	利用日	補助対象経費 (上限3,000円)	市確認欄
1 出産時の入院	月 日	円	
2 出産時の退院	月 日	円	
3 産婦健診（2週間）行き	月 日	円	
4 産婦健診（2週間）帰り	月 日	円	
5 産婦健診（1か月）行き	月 日	円	
6 産婦健診（1か月）帰り	月 日	円	
合 計 （補助金交付申請・請求額）		円	

注意）産婦健診（2週間・1か月）以外の検査等の受診時での利用は、対象外です。



押印お願いします。

松戸市産婦タクシー利用料補助金交付申請書兼請求書

令和4年6月1日

(宛先) 松戸市長

書類の申請日
または送付日

住所 松戸市根本387-5

書類の内容について連絡する場合があります。日中連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。

申請者 氏名 松戸 花子 印



電話番号 047-366-5180

押印お願いします。

松戸市産婦タクシー利用料補助金交付要綱に基づき、下記のとおり添付書類を及び請求します。

また、補助金の交付申請にあたり、松戸市が保有する公簿等により、居住状況について確認することに同意します。

金額は記入不要

補助金交付申請 (請求) 額	金		金額は記入不要				円	
対象者 (産婦)	氏名	(フリガナ) マツド ハナコ 松戸 花子	生年月日	昭和60年 12月 21日 (36歳)				
	タクシー利用時の住所	〒 271-0072 松戸市 竹ヶ花74-3						
出産日	令和 4年 4月 15日							
金融機関名	〇〇〇	銀行・組合 金庫・農協	〇〇〇	本店				支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	6	7
口座名義人 (申請者)	(フリガナ) マツド ハナコ 松戸 花子	ゆうちょ銀行に振込をご希望の方は、支店名 (例: 〇一二支店) 及び7桁の口座番号をご記入ください。						

【添付書類】 ※必要書類が整っていることを確認ください。

<input checked="" type="checkbox"/>	タクシー利用領収書 (利用日・利用金額・タクシー事業所名がわかるもの)
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関の領収書・明細書の写し (入退院時及び産婦健康診査とわかるもの) ※領収書等に記載ない場合、利用した産婦健康診査の受診票の写しも添付ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	振込先口座を確認することができる書類の写し
<input checked="" type="checkbox"/>	委任状 (申請者と口座名義人名が違う場合は必要)

<申請期限> ①②どちらか早い方の日

- ① 出産後3か月 例) 出産が11月1日⇒期限は、翌年2月1日
- ② タクシーを最後に利用した日の属する年度末 (3月31日)
例) 出産が1月15日⇒タクシー利用日は2月18日⇒期限は、3月31日

※申請期限にご注意ください。(期限が過ぎますと支給はできません)

提出書類及び提出期限をご確認ください。

裏面の補助対象経費内訳もご記入ください。 ⇒

補助対象経費内訳

該当の通院目的の箇所に記入をお願いします。

通院目的	利用日	補助対象経費 (上限3,000円)	市確認欄
1 出産時の入院	4月15日	2,900円	利用しなかった 場合は空欄
2 出産時の退院	月 日	円	
3 産婦健診（2週間）行き	4月30日	2,800円	利用額が3,000円 を超えても上限金額は 3,000円までとな ります。
4 産婦健診（2週間）帰り	4月30日	3,000円	
5 産婦健診（1か月）行き	5月17日	2,800円	
6 産婦健診（1か月）帰り	5月17日	2,800円	
合 計 （補助金交付申請・請求額）		14,300円	

注意) 産婦健診（2週間・1か月）以外の検査等の受診時での利用は、対象外です。