

別記様式（第4条関係）

年 月 日

池田町長 様

申請者 住 所 〒  
 (保護者) 池田町  
 氏 名 印  
 健診等を受けた者との続柄 ( )  
 電話番号

池田町妊婦健診等タクシー費用助成事業申請書兼請求書

健診等を医療機関等で受ける際にタクシーを利用しましたので、池田町妊婦健診等タクシー費用助成事業実施要綱に基づき、関係書類を添えてタクシー費用助成金を申請、請求します。

なお、私は、池田町長が妊婦健診等タクシー費用助成事業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問い合わせることに同意します。

健診等を受けた者の住所・氏名 生年月日	住 所 池田町		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 ( 歳・か月 )	
健診等を受けた医療機関名	所在地		
	名 称		
申請理由	1. 運転免許がない 2. 車を所有していない 3. 身近に協力者がいない 4. 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。  金 _____ 円 (内訳は裏面に記載のとおり)		
振 込 先 * い ず れ か に 記 入	ゆうちょ銀行 以外の場合	金融機関名	銀行・農協 本・支店 金庫・組合 出張所
		預金種別	普通・当座
		口座番号	
	ゆうちょ銀行 の場合	(ふりがな) 口座名義	
		金融機関名	ゆうちょ銀行
		記号—番号	—
	(ふりがな) 口座名義		
申請受理年月日	年 月 日		

注) 太枠の中と裏面をご記入ください

- (添付書類) 母子健康手帳 (健診等の記録がわかるもの)  
 タクシー利用領収書 (利用年月日と金額がわかるもの)  
 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)  
 \*申請時、写しを添付

請求額の内訳

	利用 年月日	利用目的 (A) *下記より選択	乗車区間 (B)	利用金額 (C)	助成対象額 (D) (C) × 1/2
1			～		
2			～		
3			～		
4			～		
5			～		
6			～		
7			～		
8			～		

(A) 利用目的

①妊婦健診 ②出産 ③産後1か月健診 ④乳児健診 ⑤予防接種のいずれかを記入

- ・妊産婦は、池田町が発行した妊婦健康診査受診票を使った医療機関等での健診、出産及び産後1か月健診のうち8回まで
- ・乳児の保護者は、保健センターでの健診及び予防接種並びに医療機関等での予防接種のうち4回まで

(B) 乗車区間

池田町内の自宅と医療機関等又は保健センターの間（医療機関等の名称を記入）

(C) タクシー利用金額

領収書に記載されている金額を記入

(D) 助成対象額

(C) の2分の1の額を記入（ただし、健診等1回あたりの上限額は2,500円）