年　　月　　日

（宛先）高松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署の場合、押印は不要です）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

高松市産後ケア交通費支援事業申請書兼請求書

高松市産後ケア交通費支援事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

当該申請の審査に当たり高松市が必要と認めるときは、公簿等の確認を行うことを承諾します。

　１　助成対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | □申請者と同じ | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | □申請者と同じ | 電話番号 | □申請者と同じ |

２　高松市産後ケア事業の利用状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用した受託医療機関等 | 利用種別 | 利用期間 |
|  | □　宿泊型　□　通所型 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
|  | □　宿泊型　□　通所型 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
|  | □　宿泊型　□　通所型 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
|  | □　宿泊型　□　通所型 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
|  | □　宿泊型　□　通所型 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |

３　請求金額　　　　　　　　　　　　　　円

４　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協  信用金庫 | | | | | 本店(所)・支店(所)  出張所 | | | | | | |
| 金融機関コード |  |  |  | |  | 支店コード | | |  |  |  |  |
| 区分 | 普通・当座 | | | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | |

５　交通機関利用明細書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用日 | 経路(片道) | 交通手段 | 交通費  (領収書の合計額) |
| １ | 年　月　日 | ～ | □タクシー  □その他(　　　　　) |  |
| ２ | 年　月　日 | ～ | □タクシー  □その他(　　　　　) |  |
| ３ | 年　月　日 | ～ | □タクシー  □その他(　　　　　) |  |
| ４ | 年　月　日 | ～ | □タクシー  □その他(　　　　　) |  |
| ５ | 年　月　日 | ～ | □タクシー  □その他(　　　　　) |  |
| ６ | 年　月　日 | ～ | □タクシー  □その他(　　　　　) |  |
| ７ | 年　月　日 | ～ | □タクシー  □その他(　　　　　) |  |
| ８ | 年　月　日 | ～ | □タクシー  □その他(　　　　　) |  |
| ９ | 年　月　日 | ～ | □タクシー  □その他(　　　　　) |  |
| １０ | 年　月　日 | ～ | □タクシー  □その他(　　　　　) |  |
| 助成合計額 | | | 市記入欄 |  |

**※利用した交通機関の領収書を添付してください。**