

年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者 住所

氏名

印

(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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
氏名			
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 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	～	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()	
2	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()	
3	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()	
4	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()	
5	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()	
6	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()	
7	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()	
8	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()	
9	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他()	
10	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 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。