年　　月　　日

丸亀市長　宛

申請者　　　住　　所　〒

氏　　名

（利用者との関係　　　　　　）

　電話番号

丸亀市産後ケア事業交通費助成金交付申請書兼請求書

丸亀市産後ケア事業交通費助成金の交付を受けたいので、丸亀市産後ケア事業交通費助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

　また、助成金の交付申請にあたり、丸亀市が公簿等の確認を行うことに同意します。

１. 助成対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | □申請者と同じ | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 住 所 | □申請者と同じ〒 | 電話番号 | □申請者と同じ |

２．丸亀市産後ケア事業の利用状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用した産後ケア事業所 | 利用サービス | 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 |
| 分　類 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

5．交通利用明細書

**↓市記入欄**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用日 | 経路（片道） | 交通手段 | 交通費( 領収書の合計額 ) | Ａから自己負担額1,000円を控除した額 | 助成額（14,000円とBを比較　して少ない方の額） |
| A | B |
| １ | 年　 月 　日 | ～ | □タクシー□船舶□その他(　　　) |  |  |  |
| ２ | 年　 月 　日 | ～ | □タクシー□船舶□その他(　　　) |  |  |  |
| ３ | 年　 月 　日 | ～ | □タクシー□船舶□その他(　　　) |  |  |  |
| ４ | 年　 月 　日 | ～ | □タクシー□船舶□その他(　　　) |  |  |  |
| ５ | 年　 月 　日 | ～ | □タクシー□船舶□その他(　　　) |  |  |  |
| ６ | 年　 月 　日 | ～ | □タクシー□船舶□その他(　　　) |  |  |  |
| ７ | 年　 月 　日 | ～ | □タクシー□船舶□その他(　　　) |  |  |  |
| ８ | 年　 月 　日 | ～ | □タクシー□船舶□その他(　　　) |  |  |  |
| ９ | 年　 月 　日 | ～ | □タクシー□船舶□その他(　　　) |  |  |  |
| 10 | 年　 月 　日 | ～ | □タクシー□船舶□その他(　　　) |  |  |  |
| 助成合計額 |  |

※利用したタクシー、船舶等の領収書を添付してください。

６．過去の交通費助成の有無

|  |
| --- |
| 過去(今回の出産後１年未満)に、丸亀市産後ケア事業交通費助成金を受けたことがありますか。**□ 有**　　**□ 無**　　　　※　有の場合、下記をご記入ください。 |
|  | 利用月 | 利用した産後ケア事業所 | 交通費助成区間 |
| １ | 年　 月  |  | □ 往路　 　□ 復路 |
| ２ | 年　 月  |  | □ 往路　 　□ 復路 |
| ３ | 年　 月  |  | □ 往路　 　□ 復路 |
| ４ | 年　 月  |  | □ 往路　 　□ 復路 |
| ５ | 年　 月  |  | □ 往路　 　□ 復路 |
| ６ | 年　 月  |  | □ 往路　 　□ 復路 |
| ７ | 年　 月  |  | □ 往路　 　□ 復路 |
| ８ | 年　 月  |  | □ 往路　 　□ 復路 |
| ９ | 年　 月  |  | □ 往路　 　□ 復路 |