

第4号様式（第7条関係）

世田谷区多胎児家庭タクシー料金助成金支給申請書兼口座振替依頼書

年 月 日

世田谷区長 あて

世田谷区多胎児家庭のタクシー料金に係る助成金について、下記のとおり支給申請します。

記

1 受給資格者氏名 _____ 認定番号 _____ 号
※助成資格認定通知書に記載してあります。

電話番号 _____ () _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
※多胎児の生年月日をご記入ください。

〒

受給資格者住所 _____

2 申請金額 _____ 金 _____ 円 (申請済額 _____ 円)
※支給金額は区が決定します。 ※不明な場合は、空欄としてください。

3 口座振替依頼書

世田谷区多胎児家庭のタクシー料金に係る助成金は、下記の口座へ振り込んでください。

振 込 先	金融機関コード	_____	支店コード	_____
	金融機関名称	銀行・信用金庫 本店 農協・信用組合 支店 労働金庫 出張所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 (どちらかに✓)		
	口座番号	_____ (右詰めで記入)		
	フリガナ	_____		
	口座名義人	_____		
	口座名義を旧姓使用している場合のチェック欄→			
受給資格者と口座名義人が異なる場合、口座名義人の住所		<input type="checkbox"/> 受給資格者と同住所 <input type="checkbox"/> 別住所 [_____]		

なお、受給資格者と口座名義人が異なる場合、口座名義人に助成金を受領する権限を委任します。

【区処理欄】 ※点線枠内は記入しないでください。

支給決定額： _____ 円 (支給済額： _____ 円) 満額到達

転入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 転出日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 重複：有・無

【裏面もご記入ください。】

4 利用日、利用目的及び金額

私又は同居の親族等が、以下の内容でタクシーを利用しました。

No	利 用 日	利 用 目 的 ※当てはまる番号（欄外下部参照）に必ず○をつけてください。 ※○のない場合については、助成の対象外となります。	金 額
①	年 月 日	1・2・3・4・5・6・7	円
②	年 月 日	1・2・3・4・5・6・7	円
③	年 月 日	1・2・3・4・5・6・7	円
④	年 月 日	1・2・3・4・5・6・7	円
⑤	年 月 日	1・2・3・4・5・6・7	円
⑥	年 月 日	1・2・3・4・5・6・7	円
⑦	年 月 日	1・2・3・4・5・6・7	円
⑧	年 月 日	1・2・3・4・5・6・7	円
⑨	年 月 日	1・2・3・4・5・6・7	円
⑩	年 月 日	1・2・3・4・5・6・7	円

- ※ 利用目的の番号 1：医療機関や総合支所での乳児健康診査 2：予防接種
3：総合支所健康づくり課等の窓口での相談 4：多胎児家庭向けの交流会等のイベント
5：産後ケア事業 6：おでかけひろば等での相談 7：その他母子保健事業の利用等

※ 欄内に記入できない場合は、別紙（任意様式）に記入してください。

※ 領収書やレシート1枚につき、1行記入してください。

領収書等貼付部分

《注意》

- ・領収書やレシートは、利用日及び金額が明記されているものを貼付してください。
コピーでも構いません。
- ・上記の「4利用日、利用目的及び金額」欄に対応するよう「No」を記入のうえ
領収書やレシートを貼付してください。
領収書やレシートの添付がない利用分については、支給の対象外となります。
- ・提出していただいた領収書やレシートは返却しませんので、注意してください。