

近江八幡市産後ケア事業交通費助成金交付申請書

近江八幡市長 宛

申請者（利用者）氏名
住所
電話番号

近江八幡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、助成金を交付されたく申請します。

利用者氏名	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		(年齢)	(歳)
産後ケア事業 利用施設	名称			
	住所			
産後ケア事業 利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
産後ケア事業 利用種別	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型			
移動手段		交通費総額（片道）	自己負担額	請求額
交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他	行き		1,000円	円
交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他	帰り		1,000円	円
請求額合計（上限10,000円）				円

注) 助成金の額は、最も経済的な通常の経路に基づいてより算出するため、請求額と相違する場合があります。
タクシーを利用した場合は、領収書を添付してください。

近江八幡市長 宛

近江八幡市産後ケア事業交通費助成金交付請求書

年 月 日

金 円

次のとおり、近江八幡市産後ケア事業交通費助成金を請求します。

申請者 (利用者)	住所				
	氏名		電話	()	
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 ()	本店 支 店	種別	1 普通 2 当座
	口座番号		出張所 代理店		右詰で記入
	フリガナ				
	口座名義人				

備考 申請の際は、振込先金融機関の口座が確認できる書類（通帳等）及び本人確認書類の写しを持参してください。