

乳幼児救急搬送時交通費助成申請書				
				令和 年 月 日
喜多方市長 様				
申請者 住所 (保護者) 氏名 (電話番号)				
下記のとおり、乳幼児救急搬送時交通費助成金の交付を申請します。				
乳 幼 児	氏名		生年月日	H・R 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者(保護者)に同じ		
救 急 搬 送	発生日時	令和 年 月 日 時 分ごろ		
	発生場所			
	収容先医療機関			
タ ク シ ー	利用日	令和 年 月 日		
	料金	円 (うちタクシー券使用 円)		
	行程	～		
振 込 先	金融機関	銀行 金庫 組合	支店	支店
	預金種目	普通 ・ 当座		口座番号
	名義人(カナ)			
	名義人(漢字)			

- 太枠内をご記入ください。
- 添付書類 ①救急搬送を証明する書類
②タクシー料金の領収書(日付・宛先・金額・行程の記載のあるもの)
③振込口座がわかる資料

【市使用欄】

ア タクシー料金	イ 他事業助成額	ウ 本人負担額 ア-イ	エ 助成決定額 ウ×1/2 (100円未満切捨て)
円	円	円	円

上記のとおり、乳幼児救急搬送時交通費助成金の交付を決定してよろしいか伺います。

令和 年 月 日

課長	補佐	係長	係員	起案