

様式第1号（第5条関係）

加賀市妊産婦タクシー利用料金助成券交付申請書

年 月 日

（あて先）加賀市長

住所 〒 加賀市
ふりがな
氏名
生年月日 年 月 日
電話番号 ()

下記により加賀市妊産婦タクシー利用料金助成券の交付を申請します。
また、対象者の属する世帯構成員の市民税課税状況について貴市が調査することに同意します。

記

| | |
|-------------|-------|
| 母子健康手帳番号 | |
| 母子健康手帳交付年月日 | 年 月 日 |
| 出産（予定）日 | 年 月 日 |
| 交付を受ける理由 | |

※添付書類 母子健康手帳の写し

（市記入欄）

| | | | |
|-------|-----|-------|-----|
| 助成券番号 | | 決定年月日 | |
| 所得 | 制限内 | ・ | 制限超 |
| 備考 | | | |