

大田区多胎児家庭移動経費助成申請書

(宛先) 大田区長

令和 6年7月20日

関係書類を添えて、下記のとおり大田区多胎児家庭移動経費の助成を申請します。
なお、申請するに当たり、住所等及びタクシー利用目的等の確認のために私の住民登録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細を閲覧することについて同意します。また、助成金は、下記口座に振り込んでください。

記

Application form with fields for applicant (大田 花子), child's birth date (令和 5年 5月 20日), application count (1回目), and bank details (おみた 銀行 蒲田支店).

実施した面接等にチェックをしてください。いずれかを受けている必要があります。

対象期間ごとに申請してください。

申請者の口座名義にしてください。

- 消せるボールペンは使用しないでください。
●申請書内の※部分は訂正できません。
●申請者は口座名義人と同一にしてください。
●対象期間ごとの上限額は24,000円です。
●面接又は訪問等が未実施の場合は、助成を受けることができません。
●添付書類は返却しませんので、ご注意ください。

【裏面も必ず記入してください】

Table with 2 columns: 健康づくり課処理欄 and 助成決定額 (円 (年 月 日 決定))

記入例

利用内訳

No.	利用日	利用目的※	利用区間	利用施設 医療機関等名称	金額
1	令和6年4月 10日	① ② ③ ④ ⑤()	自宅 → ××医院	××医院	1,200円
2	令和6年4月 10日	① ② ③ ④ ⑤()	××医院 → 自宅	同上	1,400円
3	令和6年4月 18日	① ② ③ ④ ⑤()	自宅 → 糞谷羽田地域庁舎	糞谷羽田地域庁舎	1,100円
4	令和6年4月 18日	① ② ③ ④ ⑤()	糞谷羽田地域庁舎 → 自宅	同上	1,200円
5	令和6年5月 15日	① ② ③ ④ ⑤()	自宅 → △△病院	△△病院	1,800円
6	令和6年5月 15日	① ② ③ ④ ⑤()	△△病院 → 自宅	同上	2,200円
7	年 月 日	① ② ③ ④ ⑤()	→		円
8	年 月 日	① ② ③ ④ ⑤()	→		円
9	年 月 日	① ② ③ ④ ⑤()	→		円
10	年 月 日	① ② ③ ④ ⑤()	→		円
11	年 月 日	① ② ③ ④ ⑤()	→		円
12	年 月 日	① ② ③ ④ ⑤()	→		円
13	年 月 日	① ② ③ ④ ⑤()	→		円
14	年 月 日	① ② ③ ④ ⑤()	→		円
15	年 月 日	① ② ③ ④ ⑤()	→		円

※利用目的は、以下の①～⑤から選択して○をつけてください。

- ①乳幼児健診 ②産後ケア・育児学級・多胎児交流会等 ③区の子育て支援施設の利用
④予防接種・診療による医療機関受診 ⑤その他(内容を記載してください)

◎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。