**大田区多胎児家庭移動経費助成申請書**

**（宛先）大田区長**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | | **※**氏 名 | |  | | | | 対象児との  関係（続柄） | | | | | 父・母・（　　　　） | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　　－　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　　）  大田区 | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象児の  生年月日 | | | 年　　　月　　　日（　　歳　　か月）最終利用日現在 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請回数 | | | １回目　・　２回目　・　３回目（対象期間ごとの回数で選択してください） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象児の  年齢区分  及び  実施した面接等 | | 該当に〇 | 対象期間 | | | | | 実施した面接又は訪問等 | | | | | | | | | | 区  確認欄 | |
|  | 出生日　から  １歳の誕生日前日　まで | | | | | □新生児訪問　　　□４か月児健診  □転入子育て世帯面接  □上記以外の面接又は訪問等（　年　月　日） | | | | | | | | | | ／ | |
|  | １歳の誕生日　から  ２歳の誕生日前日　まで | | | | | □１歳６か月児健診　□転入子育て世帯面接  □ファーストバースデーアンケート回答後の世帯状況聴き取り  □上記以外の面接又は訪問等(　年　月　日) | | | | | | | | | | ／ | |
|  | ２歳の誕生日　から  ３歳の誕生日前日　まで | | | | | □転入子育て世帯面接  □セカンドバースデーアンケート回答後の  　世帯状況聴き取り  □上記以外の面接又は訪問等(　年　月　日) | | | | | | | | | | ／ | |
| ※申請金額（裏面内訳の合計金額）  （ただし、対象期間ごとで上限額24,000円） | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 振込口座 | 金融機関 | | 銀　　行  　　　　　 　信用金庫  　　　　　信用組合 | | | | 支店  出張所 | | | | 金融機関コード | | | |  |  |  | |  |
| 店番号 | | | |  |  |  | |  |
| 預金種目  （○で囲む。） | | 普通 ・ 当座 | | | **※**口座番号 | | | |  | | |  |  |  |  |  | |  |
| 口座名義（カナ） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※**口座名義 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

**●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】**

|  |  |
| --- | --- |
| 健康づくり課処理欄 | 助成決定額　　　　　　　　　　円（　　　　年　　　月　　　日　決定） |

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 | 年 　月 　日 | ① ② ③ ④　　　⑤( ) | → |  | 円 |
| ２ | 年 　月 　日 | ① ② ③ ④　　　⑤( ) | → |  | 円 |
| ３ | 年 　月 　日 | ① ② ③ ④　⑤( ) | → |  | 円 |
| ４ | 年 　月 　日 | ① ② ③ ④　⑤( ) | → |  | 円 |
| ５ | 年 　月 　日 | ① ② ③ ④　⑤( ) | → |  | 円 |
| ６ | 年 　月 　日 | ① ② ③ ④　⑤( ) | → |  | 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から選択して〇をつけてください。

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。