

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	〒 大田区	電話番号	（ ）					
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○	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	<input type="checkbox"/> 新生児訪問 <input type="checkbox"/> 4か月児健診 <input type="checkbox"/> 転入子育て世帯面接 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 転入子育て世帯面接 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 転入子育て世帯面接 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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					
	預金種目 （○で囲む。）	普通 ・ 当座	※口座番号	店番号					
	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○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。