

年 月 日

栄町マタニティ・乳児タクシー利用申請書

栄町長 様

住 所

申請者

氏 名

㊞

(自署又は記名押印)

(電話番号)

マタニティ・乳児タクシー利用券の交付を受けたいので、栄町マタニティ・乳児タクシー事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

母親氏名 (妊婦)		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	栄町 電話		
子ども (どちらか 記入)	出産予定日	年 月 日	現在の妊娠週数(第 週)
	子どもの 誕生日	年 月 日	

添付書類 母子健康手帳の写し

同 意 書	
私達は、マタニティ・乳児タクシー利用券の交付の決定に当たり、栄町が保有する私達の住所及び世帯並びに町税の納付状況に関する情報について、栄町職員が調査することに同意します。	
申請者氏名	_____
世帯員氏名	_____

(注) 氏名は、自署又は記名押印してください。	