様式第２号（第５条関係）

　　年　　月　　日

　　龍ケ崎市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

マタニティタクシー費用助成額確認申請書

　下記のマタニティタクシー費用助成額の確認を受けたいので申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 申請額 | 左のうち確認額 |
| 前回までの累積額（a） | 円 | 円 |
| 今回の請求額（b） | 円 | 円 |
| 合　　　計（a）+(b） | 円 | 円 |
| 備　　　考 |  |  |

備考

　１　妊産婦1人につき，1回の出産あたり30,000円を上限とする。