

堺市多胎児家庭外出支援事業タクシー料金助成申請書兼請求書

年 月 日

堺市長 様

標記助成について、下記のとおり申請します。

記

1 申請者 【多胎児の保護者が申請してください。】

フリガナ		申請者の生年月日	年 月 日
申請者氏名		電話番号	
フリガナ			
対象児童の氏名	※対象児童全員を記載してください。		
対象児童の生年月日			
住 所	〒		

2 タクシー利用料金助成申請額・振込先 【申請者名義の口座を指定してください。】

助成申請額	金 円															
口座名義（フリガナのみ）																
金融機関コード											支店コード					
金融機関								支店名								
口座番号											預金種別	□普通 □当座 □その他（ ）				

- 【添付書類】 ① 申請者の本人確認書類（マイナンバーカード（顔写真のある表面のみ）、運転免許証、パスポート等）の写し
 ② 振込先の通帳・キャッシュカード等名義人・口座番号を確認できるものの写し
 ③ タクシー利用の領収書等支払いに係る証明書の写し
 ④ 堺市によるアンケートへの回答

3 同意事項

- 申請者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意します。
 - 申請内容等に偽りがあった場合、相違があり助成要件に該当しなかった場合には、助成済みのタクシー利用料金について速やかに返還します。
 - 申請書（請求書）の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、堺市が定める期限までに申請・請求者に連絡・確認できない場合には、申請は取り下げられたものとみなされることに同意します。
 - 本事業のアンケート結果について、必要に応じて関係部署に相互に確認・共有することに同意します。
- 以上（1）～（4）のすべてに同意します。

【署名日】 年 月 日 【署名】