様式第１号（第９条関係）

**八頭町妊婦・子育て支援タクシー利用券**

発行日　　　年　　月　　日　　　　　　　　№

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | |  | |
| 利用者住所 | |  | |
| 乗 車 日 | | 年　　月　　日 | |
| 利用時間 | | ：　　～　　： | |
| 乗車区間（片道） | | ～ | |
| 運　　賃 | | 円 | |
| 助成額（上限5千円） | | 円 | |
| 助成後運賃  （利用者負担額） | | 円 | |
| 無線番号 |  | 乗務員 |  |

〇ご利用の際は母子健康手帳を提示してください。

〇ご利用は「八頭町内の自宅から病院（産院）まで」又は

「病院（産院）から八頭町内の自宅まで」の区間に限ります。

〇八頭町を転出された場合はご利用になれません。