

別記様式第1号（第5条関係）

課長	補佐	係長	担当者	受付	年 月 日
				伺	年 月 日
				決裁	年 月 日

妙高市出産サポートタクシー利用申請書

年 月 日

妙高市長 宛て

申請者 住 所 妙高市
氏 名
電話番号

出産サポートタクシーの利用申請書を提出いたします。なお、提出した申請書については、タクシー事業者へ情報提供することに同意します。

ふりがな		生年月日	
利用希望者氏名			
住所 電話番号	〒 電話		
出産予定の医療機関	名称 所在地 電話番号		
緊急連絡先	①氏名 続柄（ ） 電話番号		
	②氏名 続柄（ ） 電話番号		
出産予定日	年 月 日		
希望タクシー会社			
タクシーが迎えに行く 場所	住所 ※上記の利用希望者住所と同じ場合は記入不要です。		
その他（乗務員に配慮 してほしいこと）			

※母子健康手帳の写し（表紙）を添付してください。