

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 | | | |
| 自宅住所 (タクシーが迎えに 行く場所) 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 | | | |
| 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。