

今治市出産サポートタクシー利用助成 申請手順

スマートフォンから
簡単に申請・受け取り！

※あらかじめ母子健康手帳・レシート・口座番号のわかるものをご準備の上、申請をするとスムーズです。



カメラで読み込み

「同意する」ボタンをクリックすることにより、この説明に同意いただいたものとみなします。

上記をご理解いただけたら、同意して進んでください。

上記すべてに誓約・同意します

申請者名を入力してください。 必須

※申請者は妊娠の方です。
氏: _____
名: _____

郵便番号を入力してください。 必須

郵便番号 _____
住所検索 _____

住所を入力してください。 必須

住所 _____

申請者の誕生日を入力してください。 必須

申請者の電話番号を入力してください。 必須

・内容を確認し
「同意」するを押す

・誓約同意事項をすべて確認
・同意欄へチェック

・申請者氏名・フリガナ
生年月日を入力

・郵便番号・住所・電話番号
入力

母子健康手帳（「居住地」記載箇所）の画像を添付してください。 必須

ファイルを選択 選択…ません

母子健康手帳（「妊娠中の経過」記載箇所）の画像を添付してください。 必須

ファイルを選択 選択…ません

・母子手帳の画像を添付

生活地を選択してください。 必須

現住所（住民票の住所地）
実家等

選択解除

・出発地の選択

実家等を基準とする場合は実家等の住所を入力してください。（該当者のみ） 必須

選択肢の結果によって入力
条件が変わります

※実家選択の場合のみ
(住所入力)
(戸籍謄本の持込が必要)

戸籍について

※こども未来課（市役所本庁4F）へ直接お持ちください（コピー可）

レシートや領収書の画像を添付してください 必須

※画像のみ。画像形式は「jpg、jpeg、gif、png」です。
※複数枚の場合、1枚までまとめて撮影くださいますようお願いします

ファイルを選択 176292--590.jpg
削除

・利用日のレシート等を撮影

振込先金融機関名を入力してください。 必須

全画面選択

支店名を入力してください。 必須

口座種別を選択してください。 必須

普通

口座番号を入力してください。 必須

・振込口座の入力

基準とする住所地を選択してください。 必須

員生小校区

基準額（1700円地区） 必須

選択肢の結果によって入力
条件が変わります

※こちらは変更しないでください
1700

・住所地入力
(チラシ参照)

金額は自動入力されます。
※修正しない

確認へ進む

補助対象健診等

36週以降出産前健診

36週以降出産より前の健診回数を選択してください。 必須

1回

1週数を入力してください。
選択肢の結果によって入力
条件が変わります

36 週

・出産前健診について入力

産後2週間健診

タクシーを利用しましたか 必須

しました
していない

選択肢の結果によって入力
条件が変わります

受診日等を入力してください。 必須

年
月
日

・産後健診について入力

その他備考を入力してください。

全体を通してご連絡事項がありましたら、ご記入をお願いします

必須ではありません。
手続きで、気になることがあれば入力してください。

確認へ進む

まだ申込みは完了していません。

※下記内容でよろしければ「申込む」ボタンを、修正する場合は「入力へ戻る」ボタンを押してください。
R7.今治市出産サポートタクシー利用助成金の交付申請

今治市出産サポートタクシー利用助成金の交付申請について

誓約・同意事項 全ての項目を確認し、誓約・ご用意頂ける場合はチェックを入れてください

上記すべてに誓約・同意します

申請日
令和7年11月12日

申請者名

申込む

今治市出産サポートタクシー利用助成金の交付申請の申し込みを受けました。

書類審査を行い、不備が無ければ審査通過後1ヶ月をめどに振込先口座に入金いたします。

不備があった場合はメールまたは電話でご連絡いたします。

整理番号：

これで申請は完了

不備等あれば、個別に連絡をいたします。

不備がなければ、一ヶ月程度で指定口座へ振り込まれます。



17