

産後ケア費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川市産後ケア事業実施要綱第12条第1項の規定により、次のとおり産後ケア費用の助成金の交付を受けたいので、以下のとおり申請及び請求します。

なお、この申請に関し、私の住民登録について必要な調査をされること及び産後ケア施設等へ照会されることに同意します。

申請者 (産婦)	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	糸魚川市		
子の情報	氏名			
	生年月日	年	月	日
利用日		種類		産後ケア施設 への支払済額
1	年 月 日～ 月 日	訪問型 ・ 通所型 ・ 宿泊型		円
2	年 月 日～ 月 日	訪問型 ・ 通所型 ・ 宿泊型		円
3	年 月 日～ 月 日	訪問型 ・ 通所型 ・ 宿泊型		円
4	年 月 日～ 月 日	訪問型 ・ 通所型 ・ 宿泊型		円
5	年 月 日～ 月 日	訪問型 ・ 通所型 ・ 宿泊型		円
6	年 月 日～ 月 日	訪問型 ・ 通所型 ・ 宿泊型		円
7	年 月 日～ 月 日	訪問型 ・ 通所型 ・ 宿泊型		円
8	年 月 日～ 月 日	訪問型 ・ 通所型 ・ 宿泊型		円
9	年 月 日～ 月 日	訪問型 ・ 通所型 ・ 宿泊型		円
10	年 月 日～ 月 日	訪問型 ・ 通所型 ・ 宿泊型		円
振込指定 金融機関	銀行・信組 本店 支店		預金 種別	普通 ・ 当座
	フリガナ	口座 番号		
	口座名義人			

※提示書類：上記の支払済額が確認できる領収証及び母子健康手帳

(注) 複数の産後ケア施設分をまとめて申請できます。