

産後ケア事業助成金交付申請書兼請求書

呉市長様

年 月 日

申請者 _____ (印)

産後ケア事業助成金の交付を受けたいので、次の関係書類を添えて申請します。

下記指定口座への振込みを依頼します。ただし、申請内容に偽りや相違があり助成要件に相違があった場合は、速やかに交付済助成金を返還することに同意します。

利用者	ふりがな 産婦氏名		生年月日	年	月	日
	ふりがな 乳児氏名		生年月日	年	月	日
	住所	〒 _____ 電話番号 _____				
	里帰り先 住所	〒 _____ 電話番号 _____				
種別	利用状況		領収金額	助成決定額 (呉市記入欄)		
<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 日帰り型(1日) <input type="checkbox"/> 日帰り型(半日) <input type="checkbox"/> 訪問型	(利用施設)		円	円		
	(利用日)					
<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 日帰り型(1日) <input type="checkbox"/> 日帰り型(半日) <input type="checkbox"/> 訪問型	(利用施設)		円	円		
	(利用日)					
<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 日帰り型(1日) <input type="checkbox"/> 日帰り型(半日) <input type="checkbox"/> 訪問型	(利用施設)		円	円		
	(利用日)					
<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 日帰り型(1日) <input type="checkbox"/> 日帰り型(半日) <input type="checkbox"/> 訪問型	(利用施設)		円	円		
	(利用日)					
振 込 先	金融機関名	銀行 組合 金庫 農協			本店 出張所 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	(ふりがな) 口座名義人					

- 1 領収書 (あれば明細書も添付) (施設等発行) サービス明細 (内訳・金額等) ・施設名・連絡先の記入があるもの
- 2 母子健康手帳の写し等 (施設が記入したもの) 産後ケア事業の利用が分かるページ (写し)
- 3 口座情報が確認できる通帳等の写し
- 4 (市民税非課税世帯又は生活保護世帯のかた) 市民税非課税証明書※世帯全員分又は生活保護証明書

決定日	年 月 日
助成決定額 (合計)	円

受付印
