

本巢市長 様

申請者 住所
氏名
電話 — —

本巢市産後ケア事業利用料助成申請書

出産後、医療機関等で産後ケアを受けましたので、本巢市産後ケア事業の助成に関する要綱に基づき、利用状況がわかる書類と領収書を添えて助成金の申請をします。

申請にあたり、次の3点について同意します。

- ①申請の適正を判断するため市が医療機関等に対し利用状況等と照会すること。
- ②利用状況がわかる書類に記載された個人情報及び結果を市が保管すること。
- ③今後の支援のために市が利用状況等について医療機関等に対して照会すること。

1 医療機関名 _____

2 支払額

種 別	泊数・回数	支 払 額
宿泊型	泊	円
デイサービス型	回	円
居宅訪問（アウトリーチ）型	回	円
合計金額		円

3 助成金の振込先

金融機関名		本・支店名	
普通・当座	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

4 世帯の課税状況 課税世帯 市民税非課税世帯 生活保護世帯

※市記入欄（この欄は記入しないでください。）

助成額

種 別	泊数・回数	助 成 額
宿泊型	泊	円
デイサービス型	回	円
居宅訪問（アウトリーチ）型	回	円
合計金額		円

※裏面に利用料の領収書を添付し、利用状況がわかる書類添えること。

※市民税非課税世帯の方と生活保護世帯の方は、その旨を証する書類を添えること。