様式第５号（第８条関係）

利用者の

生年月日

築上町産後ケア事業利用料助成申請書兼請求書

　　年　　月　　日

築上町長　　宛

　産後ケア事業を利用し、利用料を支払いましたので、次のとおり助成金の支給を申請します。

（太枠の中を御記入の上、産後ケアを利用した日の翌日から起算して６か月以内に申請してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者名　　　　　　　　　　　　 　　　㊞　　 利用者との続柄　 本人・（　　 　 　）  利用者の  生年月日  　　　　　　　□申請者と同じ  利用者名　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　年 　　月　 　日  　　　　 〒829－  住所　　築上町大字　　 　　　 　　　　　　 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 利用日 | | 利用内容（利用施設） | | | | | | | 自己負担額 | | | 助成決定額　　（町記入欄） |
| 年　月　日 | | ショートステイ・デイケア・アウトリーチ（　　　　　　　） | | | | | | | 円 | | | 円 |
| 年　月　日 | | ショートステイ・デイケア・アウトリーチ（　　　　　　　） | | | | | | | 円 | | | 円 |
| 年　月　日 | | ショートステイ・デイケア・アウトリーチ（　　　　　　　） | | | | | | | 円 | | | 円 |
| 申　請　額 （合　計） | | | | | | | | | 円 | | | 円 |
| 振込先  ※申請者の口座に限ります | 金融機関名 | | 銀行　　　　　　　　　　本　店  金庫　　　　　　　　　　支　店  農協　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | 普　通  （　　　　） | | | （ふりがな）  口座名義人 | | （　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 口座番号 | |  |  |  | |  |  | |  |  | （右詰記入） |

申請受理年月日

(申請に必要な書類)

　　１　築上町産後ケア事業利用料助成申請書兼請求書

　　２　利用施設発行の領収書の写し（請求分全て）

　　３　振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード

　　４　印鑑