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