

大船渡市産後ケア事業利用料助成金申請書

大船渡市長 様

標記について、大船渡市産後ケア事業利用料助成金を申請します。

また、申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、大船渡市が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。

1 申請者情報 ※申請者と振込先の口座名義人の名前を一致させてください。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和・平成
	氏名		電話番号	年 月 日
	住所	大船渡市		
振込先	金融機関名	銀行・信金・農協 信組・労金	金融機関 コード	
	支店	本店・営業部 支店・出張所	支店 コード	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人 (申請者名義)			

2 産後ケアの利用状況 ※太枠内を記入してください。

	利用日	利用内容	自己負担額	償還額（市記入）
1回目	令和 年 月 日	通所・訪問・ほか	円	円
2回目	令和 年 月 日	通所・訪問・ほか	円	円
3回目	令和 年 月 日	通所・訪問・ほか	円	円
4回目	令和 年 月 日	通所・訪問・ほか	円	円
5回目	令和 年 月 日	通所・訪問・ほか	円	円
6回目	令和 年 月 日	通所・訪問・ほか	円	円
7回目	令和 年 月 日	通所・訪問・ほか	円	円
8回目	令和 年 月 日	通所・訪問・ほか	円	円
9回目	令和 年 月 日	通所・訪問・ほか	円	円
10回目	令和 年 月 日	通所・訪問・ほか	円	円
			合計	円

3 提出書類の確認

- 産後ケア事業利用時の領収書及び明細書 ※原本
- 母子健康手帳の産後ケア事業の利用状況が分かるページの写し
- 申請に係る該当回数分の産後ケア事業利用券
- 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し