

産後ケア事業自己負担額助成申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）那珂川市長

申請者 住 所 那珂川市

氏 名

電話番号

下記のとおり、産後ケア事業自己負担額について助成申請及び請求します。
なお、本件に関し、世帯全員の市町村民税の課税状況等について必要な調査をすることに同意します。

お子さんの 氏名	フリガナ
	氏 名 (生年月日 年 月 日)
住所	〒
	那珂川市 ※申請者と同じ場合は記入不要
利用日/内容	1 回目 年 月 日 宿泊/デイサービス/母乳相談/訪問 加算（多・き）
	2 回目 年 月 日 宿泊/デイサービス/母乳相談/訪問 加算（多・き）
	3 回目 年 月 日 宿泊/デイサービス/母乳相談/訪問 加算（多・き）
	4 回目 年 月 日 宿泊/デイサービス/母乳相談/訪問 加算（多・き）
	5 回目 年 月 日 宿泊/デイサービス/母乳相談/訪問 加算（多・き）
	6 回目 年 月 日 宿泊/デイサービス/母乳相談/訪問 加算（多・き）
	7 回目 年 月 日 宿泊/デイサービス/母乳相談/訪問 加算（多・き）
請求額	円

振込先（申請者と同名義）

銀行		本店 支店 所 ※ゆうちょ銀行の場合記入不要
普通・当座 ※ゆうちょ銀行の場合記入不要		口座番号
口座名義人	(フリガナ)	

*申請時に必要なもの ・母子健康手帳 ・領収書等（利用料金、利用実施施設がわかるもの）
・振込口座がわかるもの

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（以下市使用欄）・・・・・・・・・・・・・・・・

1. 被保護世帯・非課税世帯該当 2. 左記該当外

1 回目	円	5 回目	円
2 回目	円	6 回目	円
3 回目	円	7 回目	円
4 回目	円	合計	円