

剣淵町産後ケア事業利用費助成申請書

年 月 日

剣淵町長 様

剣淵町産後ケア事業実施要綱による助成金の交付を受けたく、同要綱第10条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

※太枠の中を記入してください。

利用者 (母)	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	剣淵町			
	電話番号	緊急 連絡先	氏名	(続柄)	
			電話		
	出産病院				
利用者 (子)	ふりがな 氏名		男・女 第 子	生年月日	年 月 日
申請理由 <small>※当てはまるものに ○をつけてください</small>		出産後、身近に支援者がいないため、出産後の体調の回復や育児に強い不安がある。			
		その他 () ※その他の理由を具体的に記入してください			
利用施設		住所			
		名称			
申請額		円 (利用回数 回)			
<p><同意欄></p> <p>① 産後ケア事業の利用は産後1年未満、10回までです。</p> <p>② 交通費、食費及び本事業のサービス提供と直接関係のない費用は助成対象となりません。</p> <p>③ 助成額の決定のため、町が住民基本台帳、生活保護台帳、課税台帳等を閲覧します。</p> <p>上記、①②③に同意します。</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">(続柄)</p>					

添付書類：事業者が発行した領収書（費用の明細がわかるもの）

振込先金融機関名	口座番号	口座名義								
信用金庫 支店	当座 ・ 普通	ふりがな								
銀行 支店	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									_____
農協 支所										