

様式第3号（第10条関係）

志免町産後ケア事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

志免町長 様

標記について、次のとおり別紙書類を添えて申請します。

申請者名		利用者との 続柄	
利用者名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	利用者の 生年月日	S・H 年 月 日
住所	〒 志免町	出産日	R 年 月 日
電話番号		母子手帳番号	
事業利用 施設名	(連絡先：)		
利用日	利用内容	費用	助成決定額（町記入欄）
年 月 日	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型	円	円
年 月 日	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型	円	円
年 月 日	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型	円	円
年 月 日	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型	円	円
年 月 日	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型	円	円
年 月 日	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型	円	円
年 月 日	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型	円	円
年 月 日	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型	円	円
振込先口座			
金融機関名	銀行	金融機関コード	支店名等
	農協 信用金庫		支店
口座の種類	普通 ・ 当座	(フリガナ)	
口座番号		口座名義人	

【申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合】

※委任状

私は、上記振込先口座欄に記載した口座名義人に産後ケア事業助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日
申請者氏名

※添付書類等

- 領収書の写し
- 明細書（内容の確認できるもの）写し
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
- 母子健康手帳

助成決定合計額 (町記入欄)	円
-------------------	---

※明細書がない場合はこちらから医療機関に内容の確認をさせていただく場合があります。