

(表)

別記様式第 1 号 (第 5 条関係)

年 月 日

里帰り時産後ケア費用助成金交付申請書

福生市長 宛て

申請者 住 所
氏 名
電 話
続 柄 ()

里帰り出産等のため市が委託した医療機関等以外で産後ケア事業を利用し、費用を負担したので、福生市里帰り時産後ケア費用助成金交付要綱第 5 条の規定により次のとおり助成金の交付を申請します。

この申請の内容について、住民票等の公簿等との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

フリガナ				対象産婦	福生市
対象産婦氏名				住 所	
回数	利用型	利用年月日	医療機関等の名称	医療機関等の所在地	自己負担額(円)
1 回目					
2 回目					
3 回目					
4 回目					
5 回目					
6 回目					
7 回目					
8 回目					
9 回目					
10 回目					
11 回目					
12 回目					
13 回目					
14 回目					

注 1 必要書類 ((1) にあつては提出が、(2) 及び (3) にあつては提示が必要となります。)

- (1) 医療機関等が発行した産後ケア事業を利用した旨が明記された領収書又はその写し
 - (2) 産後ケア事業利用記録が記載されている母子健康手帳
 - (3) 外国人の場合、在留カード
- 2 助成額は、産後ケアの自己負担額と市長が予算の範囲内で定める額とのいずれか低い方となります。
- 3 申請期間は、最終利用日から 1 年間です。

*裏面も御記入ください。

(裏)

助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号							支店番号					口座種別
(金融機関名)				1 銀行		4 信組		(支店名)		1 本店		1 普通
				2 信金		5 その他				2 支店		2 当座
				3 農協		3 出張所						
口座番号							口座名義					
							フリガナ					
							名義人					

注 ゆうちょ銀行に振込みを御希望の方は、郵便局で口座振替用の印字を受けた口座番号を記入してください。