

産後ケア事業助成金申請書及び請求書

三田市長 あて

申請者氏名

受付印

(続柄:)

下記のとおり、産後ケア事業の助成を申請します。(※該当するものにチェック)

交付決定された助成金については下記の口座に振り込んでください。

また、産後ケア事業助成申請書内容審査のため、三田市が医療機関等へサービス内容の照会をすることを承諾します。

申請年月日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
産婦	産後ケア利用時の住所	〒 三田市	電話: () 携帯: ()
	氏名	<フリガナ>	生年月日 昭和 平成 年 月 日
	現住所(上記住所と異なる場合記入)	〒	電話: ()
申請(請求)金額	円		
世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに☑をつけてください。※証明書の提出が必要な場合があります。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)		
振り込み金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店・出張所 店番号()	
金融機関番号()	※ゆうちょ銀行の場合、他金融機関からの振込用口座の店名を記入ください		
種別	1.普通 2.当座	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
	※ゆうちょ銀行の場合、他金融機関からの振込用の口座番号		
※口座名義人欄に、産婦氏名以外並びに旧姓を記入する場合は下欄に記入が必要です。 私は、上記口座名義人に産後ケア事業助成金の受取を委任いたします。 令和 年 月 日 産婦氏名			

★この申請書には、以下の書類を添付してください。 ※申請書は、1枚目と2枚目の両方が必要です。

- 産後ケア事業にかかる領収証の原本(明細書もあればご持参ください)
- 母子健康手帳の表紙(多胎の場合は子どもの人数分)と産後ケア事業利用記録のページ(三田市で発行した母子健康手帳の場合、「産後ケアの記録」の欄)の写し
[注]「産後ケアの記録」の欄に記載がない場合は、記載を利用機関に依頼してください。
- 未使用の利用券(利用券の交付を受けていない場合は必要ありません)

○当該産後ケア事業利用日の翌日から起算して1年以内に申請してください。

○交付決定日を請求日とみなします。

<職員記載欄>

世帯区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
転入者:		
償還払いのみ	宿泊型 日 助成可	認定・却下()
	通所型 時間 助成可	
	訪問型 時間 助成可	
利用券と併用 利用券番号 ()	宿泊型 残数 日 助成可	交付決定(請求)日 令和 年 月 日
	通所型 残数 時間 助成可	対象区分 併用・償還
	訪問型 残数 時間 助成可	
転入 転入日 (R . .)	転入前に産後ケア事業を、 宿泊型: 日 通所型: 時間 訪問型: 時間利用済のため、本市の利用上限は、 宿泊型: 日 通所型: 時間 訪問型: 時間 円可	交付決定額 円
※申請者が産婦でない場合の確認	マイナンバーカード・運転免許証・写真付社員証・被保険者証・診察券 銀行等のキャッシュカード・クレジットカード・その他()	宿泊型 日 通所型 時間 訪問型 時間