

様式第6号（第11条関係）

立科町産後ケア事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

（申請先）立科町長 様

申請者 住所

（利用者）氏名

連絡先

下記のとおり、立科町産後ケア事業を利用しましたので、立科町産後ケア事業第 条の規定により、関係書類を添えて提出します。

また、私がこの事業を利用するにあたり、負担金の額を判定するため、私が属する世帯の住民基本台帳及び生活類五世帯名簿を閲覧することに同意します。

請求額		円					
利用状況 ※ 14 回 まで	回数	種別	利用日	費用	種別	利用日	費用
	1	宿泊	～	円	通所・訪問	年 月 日	円
	2	宿泊	～	円	通所・訪問	年 月 日	円
	3	宿泊	～	円	通所・訪問	年 月 日	円
	4	宿泊	～	円	通所・訪問	年 月 日	円
	5	宿泊	～	円	通所・訪問	年 月 日	円
	6	宿泊	～	円	通所・訪問	年 月 日	円
	7	宿泊	～	円	通所・訪問	年 月 日	円
利用した医療機関等		名称					
		住所					
振込先	金融機関名				(フリガナ) 口座名義人		
	口座の種類		普通 ・ 当座		口座番号		

（添付書類）実施医療機関の領収書

※請求書が助成金を上回った場合は自己負担になります。

※生活保護受給世帯 確認欄					該当 ・ 非該当		
※決裁欄	課長		係長		係		担当