

（宛先）春日市長

申請者 住所

（利用者）氏名

電話番号（ ） —

春日市産後ケア事業助成金交付申請書兼請求書

春日市産後ケア事業助成金の交付を受けたいので、春日市産後ケア事業実施要綱第17条の規定により下記のとおり申請します。

記

1 産後ケア事業を受けた者等

| | | | | | |
|------------|----------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | 出産日 | 年 月 日 |
| 多胎の有無 | <input type="checkbox"/> あり（ ）人 <input type="checkbox"/> なし | 支援者の状況 | <input type="checkbox"/> 上記世帯員以外の支援者なし <input type="checkbox"/> 支援者（続柄： ）はいるが不在の期間がある。 | | |
| 利用日数 | 合計 日間 | 申請理由 | <input type="checkbox"/> 家族等から家事・育児等の援助が受けられない <input type="checkbox"/> 産後の体調又は育児に不安がある <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

2 助成金交付申請額

※太枠は市で記入します。

| 領収書日付 | 利用期間 | | 支援内容 | 助成対象費用 | 上限額 | 申請額 |
|-------|------|---|------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| 年 月 日 | | 円 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 | 円 | 円 | 円 |
| 年 月 日 | | 円 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 | 円 | 円 | 円 |
| 年 月 日 | | 円 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 | 円 | 円 | 円 |
| 年 月 日 | | 円 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 | 円 | 円 | 円 |
| 年 月 日 | | 円 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 | 円 | 円 | 円 |
| 年 月 日 | | 円 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 | 円 | 円 | 円 |
| 年 月 日 | | 円 | <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 | 円 | 円 | 円 |
| 合計 | | | | | | 円 |

3 助成金振込先（申請者と同名義）

| | | | | | |
|-------------------|---------------------|----|----|--|----|
| 金融機関コード | | 銀行 | 店番 | | 本店 |
| | | 農協 | | | 支店 |
| | | | | | 所 |
| 種目（番号を○で囲んでください。） | 口座番号（右詰めで記入してください。） | | | | |
| 普通 当座 その他（ ） | | | | | |
| （フリガナ） 口座名義人 | | | | | |