

藍住町産後ケア事業助成金請求書

令和 年 月 日

藍住町長 様

申請者
(利用者) 住所 藍住町

氏名

自署又は自署でない場合は押印が必要

電話番号

産後ケア事業助成金について、次のとおり申請します。
なお、請求内容の確認のため、申請者及び利用者の住民基本台帳、産後ケア事業の利用状況及びその助成金の支払いに必要な事項について藍住町が官公署・関係人に調査又は報告を求めることに同意します。

請 求 金 額	円	利用者氏名	
---------	---	-------	--

振込先金融機関	銀行等								支店等	
	普通 当座	口座 番号							口座名義 (カナ)	

	利用日時	事業内容	事業所名	利用者負担金	減免請求金額
1				円	円
2				円	円
合 計					円

申請者以外の口座への振り込みを希望する場合は、同意書欄にご署名ください。

同意書

私は、産後ケア事業利用料助成金を申請口座へ振り込むことに同意します。

令和 年 月 日

署名

自署又は自署でない場合は押印が必要

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外	利用者との関係	
氏名		住所	
本人確認書類	1点で可(顔写真有) ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ その他 2点で可(顔写真無) ☐ 健康保険証 ☐ その他		

【請求に必要な書類】	【事業内容】	【事業所】
・ 利用時の領収書 ・ 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード ・ 来所者の身分証明書(免許証等) ※提出の説明を受けた方のみ提出する書類 ・ 非課税世帯もしくは生活保護受給世帯を証するもの	ア 短期入所(ショートステイ)型 イ 通所(デイケア)型 ウ 居宅訪問(アウトリーチ)型 乳房ケアあり エ 居宅訪問(アウトリーチ)型 乳房ケアなし	①蕙愛レディースクリニック ②中山産婦人科・小児科 ③むつみ助産院 ④いとう助産所 ⑤ばんどう助産院 ⑥manaka助産院 ⑦徳島県鳴門病院