

様式第 4 号 (第 12 条関係)

松川町産後ケア費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(届出先) 松川町長

住 所 松川町

氏 名

印

個人番号

次のとおり、松川町産後ケア費用補助金を申請します。(太線の枠内のみご記入ください。)

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用者氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日
子の氏名			
出産日		産後ケア 利用施設名	

	利用型	日数	利用料 (a)	利用者負担額 上限(b)	多胎児加算 (c)	助成額 (a-b+c)
課税	宿泊型	泊 日	円	円	円	円
	日帰り型	日	円	円	円	円
	訪問型	日	円	円	円	円
非課税	宿泊型	泊 日	円	円	円	円
	日帰り型	日	円	円	円	円
	訪問型	日	円	円	円	円
生活保護	宿泊型	泊 日	円	0 円	円	円
	日帰り型	日	円	0 円	円	円
	訪問型	日	円	0 円	円	円
請求額合計						

注) (a) の利用料は利用に際し発生した食事代、オプションサービス等の追加料金を除いた金額を記入すること

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協	本店・支店・支所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		
	(申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。)		
上記の口座名義人に委任します。			申請者 印