

上士幌町産前産後ケア事業助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

上士幌町長 竹中 貢 様

住所
申請者
氏名

上士幌町ケア事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請額 円

(振込み先)

金融機関名	金庫・組合・農協・銀行	
	本店・支店（所）店番号（ ）	
口座種別／番号	普通 ・ 当座	
口座名義	フリガナ	
	氏 名	

(申請額内訳)

区分	領収年月日	利用種別	支払額	利用者負担額※	上限額※※	申請額
産前ケア	年 月 日	<input type="checkbox"/> 来所型 <input type="checkbox"/> 他	円	円	8,000円	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 来所型 <input type="checkbox"/> 他	円	円	8,000円	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 来所型 <input type="checkbox"/> 他	円	円	8,000円	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 来所型 <input type="checkbox"/> 他	円	円	8,000円	円
産後ケア	年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 来所型 <input type="checkbox"/> デイ型	円	円	8,000円	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 来所型 <input type="checkbox"/> デイ型	円	円	8,000円	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 来所型 <input type="checkbox"/> デイ型	円	円	8,000円	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 来所型 <input type="checkbox"/> デイ型	円	円	8,000円	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 来所型 <input type="checkbox"/> デイ型	円	円	8,000円	円
合計金額			—	—	—	円

※支払額の1割（100円未満切り捨て）となります。交通費や文書料などは含みません。

※※8,000円が上限額となります。

【添付書類】

- ・産前産後ケア事業の利用に係る領収書
- ・上士幌町産前産後ケア事業利用承認通知書
- ・その他、母子手帳等による実施結果の記録等