

高知市産後ケア事業助成金交付申請書

年 月 日

高知市長 様

関係書類を添えて下記のとおり産後ケア事業助成金の交付を申請します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
利用者氏名		出産日	年	月	日
出産医療機関	(県)				
住民票記載 の住所	〒 高知市		TEL		
	緊急連絡先：氏名 (続柄)		TEL		
里帰り先 の住所	〒		TEL		
	様方：氏名 (続柄)		TEL		
助成金の交付又は却下の決定通知の送付先住所（希望する送付先に☑を記入してください。）					
<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> 里帰り先住所と同じ <input type="checkbox"/> その他（〒 様方 ）					
<input type="checkbox"/> 私は、申請に当たり、次の事項に同意します。（☐にチェック☑をしてください。） 審査に当たり、市が利用者及びその世帯員の市民税課税資料、住民基本台帳その他事務処理に必要な資料を閲覧すること、関係機関への照会及び情報提供、また、市から必要な書類等を提出するよう求められたときは、これに応じること。					
助成金申請額			金 円		
振込先等 ※振込先の口座は、利用者本人名義のものに限ります。	金融機関名			支店名	
	口座の種類	☐普通 ☐当座			
	口座番号			フリガナ 口座名義人	
申請方法	窓口・郵送	受付者		決定日	支給・却下
世帯の区分	A 生活保護世帯 C 市民税課税世帯（所得割・均等割）		B 市民税非課税世帯 D 市民税課税世帯（均等割のみ）		
	利用の種類	利用年月日	利用施設名	利用料金	助成金額
1	宿泊型・通所型・訪問型	令和 年 月 日		円	円
2	宿泊型・通所型・訪問型	令和 年 月 日		円	円
3	宿泊型・通所型・訪問型	令和 年 月 日		円	円
4	宿泊型・通所型・訪問型	令和 年 月 日		円	円
5	宿泊型・通所型・訪問型	令和 年 月 日		円	円
6	宿泊型・通所型・訪問型	令和 年 月 日		円	円
7	宿泊型・通所型・訪問型	令和 年 月 日		円	円
8	宿泊型・通所型・訪問型	令和 年 月 日		円	円
合 計				円	円

※太枠の中をご記入ください。

【添付資料】

- ① 産後ケアに係る費用の領収書の原本
- ② 利用した産後ケアのサービス内容が確認できる書類（例：母子健康手帳の産後ケア事業利用欄の写し等）
- ③ 市外事業者が提供する事業を利用した回数分のチケット