様式第７号(第１４条関係)

年　　　月　　　日

　宇土市長　様

　　　住所

申請者　　　氏名

電話番号

宇土市産後ケア事業助成申請書

宇土市産婦ケア事業を利用しましたので、宇土市産後ケア事業実施要綱第１４条の規定により関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名(産婦) |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 利用日時 | 利用した施設 | ケア種別 | 費用負担額 |
| 年　月　日 |  | □訪問ケア（訪問型）□デイケア（通所型・長時間型）□デイケア（通所型・短時間型）□ショートステイ（宿泊型） |  |
| 年　月　日 |  | □訪問ケア（訪問型）□デイケア（通所型・長時間型）□デイケア（通所型・短時間型）□ショートステイ（宿泊型） |  |
| 年　月　日 |  | □訪問ケア（訪問型）□デイケア（通所型・長時間型）□デイケア（通所型・短時間型）□ショートステイ（宿泊型） |  |
| 年　月　日 |  | □訪問ケア（訪問型）□デイケア（通所型・長時間型）□デイケア（通所型・短時間型）□ショートステイ（宿泊型） |  |
| 【振込先】 |
| 金融機関名 |  | 銀行　　金庫農協　　組合 | 本店　　支店支所　　出張所 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |  |  |
| 口座名義人 |  |  |  |

【申請に必要な書類】

・利用した施設が発行した領収書の写し（請求分全て）

（氏名、日付、明細、金額がわかるもの）

※市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 所得区分 | 一般世帯　／非課税世帯　／　生活保護世帯 |
| 助成額 | 種別 | 費用負担額合計（Ａ） | 利用者負担金合計（Ｂ） | 助成額（Ａ）－（Ｂ） |
| 訪問ケア（訪問型） |  |  |  |
| デイケア（通所型・短時間） |  |  |  |
| デイケア（通所型・長時間） |  |  |  |
| ショートステイ（宿泊型） |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |