様式第７号(第13条関係)

# 琴浦町産後ケア事業利用費用助成金請求書

琴浦町長　　様

琴浦町産後ケア事業実施要綱第13条の規定に基づき、次のとおり請求します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 利用者氏名 | | | |
| (ふりがな)<br>乳児氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 産後ケア事業<br>利用医療機関等 | | | |
| 利用年月日<br>利用種別 | 年　月　日～年　月　日<br>□宿泊型　□デイサービス型（母子）　□訪問型 | | |
| 自己負担額 | 円 | 助成限度額 | 円 |
| 請求額 | 円 | | |

添付資料
・利用した医療機関等が発行した領収書（利用日、利用種別、医療機関等の名称が記載されていること）
・母子健康手帳

年　月　日

請求者

住　所　琴浦町大字

氏　名　　㊞

電話番号

助成金は下記の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>組合 | | 店<br>所 | | | | | |
| 預金種別 | 普通<br>当座 | (ふりがな)<br>口座名義人 | (　　) | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | | | 左詰で記入 |