

様式第5号（第16条関係）

大野城市産後ケア事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長 宛

住所

申請者（利用者）氏名

印

電話番号

大野城市産後ケア事業助成金の交付を受けたいので、大野城市産後ケア事業実施要綱（令和5年要綱第13号）第16条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 申請理由

出産してから1年未満で、産後ケア事業を必要としていた。

流産又は死産を経験してから1年未満で、産後ケア事業を必要としていた。

その他（ ）

2 助成金交付申請額

円

3 申請に係る利用日数等

宿泊型	通所型	訪問型
日	回	回

4 助成金振込先

金融機関名	銀行・農協 信金・信組 労金	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）	
口座番号		
口座名義	フリガナ	

5 添付書類

対象費用に係る領収書又はその写し

利用した産後ケア事業の内容が確認できる書類

6 提示するもの

母子健康手帳

振込先がわかるもの（通帳等）

助成額の決定のため、市が住民基本台帳及び世帯員の課税台帳を閲覧すること、所得証明書及び生活保護受給の有無を確認すること、必要な情報を医療機関等に確認することに同意します。 【同意欄 】