

様式第5号(第17条関係)

燕市産後ケア事業補助金交付申請書

燕市産後ケア事業実施要綱第17条により補助金の交付を受けたいので、
関係書類を添えて申請します。

燕市長 様

年 月 日

利 用 者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	母氏名 (申請者)					
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	子氏名					
	住 所	〒 燕市		電話番号		
利 用 理 由 (該当に☑) 複数可	・心身の不調 <input type="checkbox"/> 疲れ <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 乳房トラブル ・育児不安 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> 発育 ・その他(具体的に：)					
利 用 状 況	利用施設名 住所					電話番号
	種別(型)	利用期間	利用回(日)数	産後ケア費用	上限	請求額
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> アウトリーチ	年 月 日 ~ 年 月 日	回(日)	円	円× 回(日) = 円	円
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> アウトリーチ	年 月 日 ~ 年 月 日	回(日)	円	円× 回(日) = 円	円
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> アウトリーチ	年 月 日 ~ 年 月 日	回(日)	円	円× 回(日) = 円	円
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> アウトリーチ	年 月 日 ~ 年 月 日	回(日)	円	円× 回(日) = 円	円
計			回(日)	円	【交付申請額】 円	

利用施設 記入欄	上記のとおり領収しました。 所在地 施設名称 代表者氏名	(印)
-------------	---------------------------------------	-----

<p>〈同意書〉 私は燕市産後ケア事業補助金の申請にあたり、次の事項について同意します。</p> <p>※同意する場合、☑をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 産後ケア事業の利用区分確認のため、市が申請者世帯全員の住民税の課税状況および生活保護の認定状況について確認すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 市が産後ケアを実施した医療機関等へ、利用状況の確認に必要な範囲で申請者および乳児の情報を提供すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 産後ケアを実施した医療機関等が、市へ産後ケアの実施状況を報告すること。</p>

- (注) 太枠内をご記入ください。
- (注) 申請書と併せて、利用施設が発行した領収書・明細書の原本を提出してください。
- (注) 領収書・明細書がない場合は、利用施設より利用状況欄および利用施設記入欄を記入してもらってください。