

福井市産後ケア事業利用費助成金交付申請書兼請求書

福井市長 あて

福井市産後ケア事業実施要綱第18条の規定により、関係書類を添えて次のとおり助成金を請求します。
太枠の中をご記入ください。

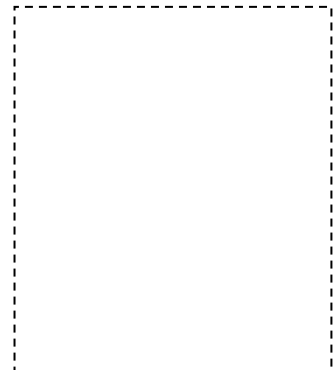
申請者	(※)						生年月日	年 月 日		
	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。									
住所	福井市						電話			
児の氏名							生年月日	年 月 日		
母子健康手帳番号							手帳交付日	年 月 日		
産後ケアを受けた 医療機関等	(施設名)						産後ケア 実施日	年 月 日		
	(所在地)							年 月 日		
振込 み先	銀行・農協 支店 信用金庫 出張所 信用組合 支所 ゆうちょ銀行						普通 ・ 当座	口座番号		
	口座名義人		フリガナ							
		氏名								
申請額										
_____円 申請日 令和 年 月 日										

- ※ 口座名義人は申請者と同一人としてください。
- ※ 申請期限は、利用した日の属する年度の3月31日までです。

【注意事項】

この請求書には次の書類を添付して下さい。

- ① 産後ケアを利用した医療機関、助産所等が発行した領収書
- ② 明細書(様式第10号)
- ③ 福井市産後ケア利用券
- ④ 母子健康手帳
- ⑤ 振込口座が確認できるもの(申請者名義の通帳)



*①・④・⑤は市で複写いたします。原本をご持参ください。

(受付印)

