

朝日町産後ケア事業費用助成償還払い申請書

朝日町長 殿

申請者 氏名 _____

朝日町産後ケア事業について下記のように申請します。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏名			生年月日	年 月 日(歳)		
	住所	〒		電話(携帯)			
	(ふりがな) 乳児の氏名	男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
	(ふりがな) 乳児の氏名	男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
世帯区分 <small>該当する場合☑を付けてください ☒ない場合は住民税課税世帯とみなします。</small>		<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 ※生活保護受給証明書の提出が必要です					
申請額		短期入所（ショートステイ）型 _____ 円					
		通所（デイサービス）型 _____ 円					
		※別紙の「朝日町産後ケア事業費用助成額計算シート」で確認ください 合計 _____ 円					

上記の本人または代理人の口座に振り込みすることに同意します。申請者と口座名義人は同一人物としてください。

口座 振替 依頼 欄	金融機関名	銀行・農協		支店・支所・出張所		
	口座	口座種別		口座番号		
		普通・当座				
	ふりがな					
口座名義人 (申請者)						

添付書類：医療機関等が発行する産後ケア事業の領収書（写）

※町記入欄 確認した書類に☑を記入
 申請者本人確認書類 運転免許証 マイナンバーカード 健康保険証 等
 振込先金融機関講座確認書類 通帳 キャッシュカード

様式第4号

○委任欄

*事情により申請者が来庁できない場合、本人以外の口座へ振り込むときは、下記の委任について記入してください。

委任状	
年 月 日	
(あて先) 朝日町長	
(委任者)	
住 所 _____	
氏 名 _____	
私は、朝日町産後ケア事業費用助成の申請（請求）及び受領について、下記の者に委任します。	
(代理人)・・・窓口に来られた方	
住 所 _____	
氏 名 _____ 委任者（申請者との）続柄 _____	

※自治体記入欄

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
通知年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		