

## 粕屋町産後ケア事業助成金交付申請書兼請求書

※太枠内をご記入ください。

年 月 日

申請者名		利用者との続柄	
利用者名		利用者の生年月日	年 月 日
住所	粕屋町	出産日	年 月 日
電話番号		母子手帳番号	
サービスを受けた事業所	事業所名		
利用日(時間)		費用	助成決定額 (町記入欄)
年 月 日 ( )時間		円	円
年 月 日 ( )時間		円	円
年 月 日 ( )時間		円	円
年 月 日 ( )時間		円	円
年 月 日 ( )時間		円	円
年 月 日 ( )時間		円	円
年 月 日 ( )時間		円	円
上記のとおり産後ケア事業の利用に要した費用等に関する別紙書類を添えて申請します。 助成金の決定に必要な本人及び世帯の所得に関する調査を町が行うことについて承諾します。			
粕屋町長 様		年 月 日	
振込指定金融機関名等			
金融機関名	銀行・農協 金庫・組合	支店名等	支店番号
口座の種類	普通・当座・貯蓄・その他( )		
口座番号	(フリガナ) 口座名義人		
町記入欄			
世帯課税状況	課税 ・ 非課税	助成決定合計額	円

※添付書類等

1. 領収書写し  2. 明細書(内容の確認できるもの)写し   
 ※明細書がない場合はこちらから医療機関に内容の確認をさせていただく場合があります。
3. 振込先の口座が分かるものの写し  4. 本人確認書類(運転免許証等)