

産後ケア事業費用助成金交付申請書

年 月 日

府中市長

産後ケア事業費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、当該助成金の交付に当たり、市が住民基本台帳等の公簿を確認すること及び利用状況について利用施設（当該利用施設の存する市町村を含む。）に照会することについて同意します。

1 申請者（承認番号 - ）

氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住所	府中市	電話	- -

2 助成金交付申請額（太枠内を記入してください）

利用施設名 (所在する都道府県)	利用状況と期間	日数	支払額	利用者負担額	上限額	申請額
()	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス (/ ~ /)					
()	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス (/ ~ /)					
()	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス (/ ~ /)					
()	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス (/ ~ /)					
()	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス (/ ~ /)					
()	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス (/ ~ /)					
()	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス (/ ~ /)					
助成金交付申請額合計						

【添付書類】

- (1)母子健康手帳（本体：確認・押印後返却します）
- (2)利用状況報告書等（利用した産後ケアの内容が確認できる書類）
- (3)当該事業に係る費用の支払いを証明する領収書等

※受付印

※市記入欄

1 課税
2 非課税
3 生保
4 その他