

上川町産後ケア事業費用助成申請書

上 川 町 長 様

次のとおり、上川町産後ケア事業の費用助成を申請します。
また、上記の申請するにあたり、生活保護法による被保護世帯の該当の有無の確認、及び住民税課税状況の確認に必要な範囲で私の世帯の課税台帳を閲覧することに同意します。

申請者（利用者） 住所		〒		連絡先電話番号 - -		
申請者（利用者） 氏名 * 自書		フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）	
子の氏名		フリガナ		生年月日	年 月 日	
利用種別・機関・支払った利用	種別	実施医療機関名	利用期間		利用料	食事代
	宿泊型		年 月 日～ 月 日		円	円
			年 月 日～ 月 日		円	円
			年 月 日～ 月 日		円	円
	日帰り型		年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
	訪問型		年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円
			年 月 日		円	円

振込口座	銀行・信金・農協		店・支店・支所	
	口座番号（普通・当座）			
	口座名義		(フリガナ)	

※添付書類：産後ケア利用料の領収書（写しでも可）
振込口座先を確認できるものをお持ちください。
注）町に課税資料がない人は、源泉徴収票や課税証明書が必要です。

*町処理欄	
確認事項	☐ 生活保護状況（該当・非該当） ☐ 住民税課税状況（課税世帯・非課税世帯）
年 月 日 調査職員・氏名_____	