

産後ケア事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)飯塚市長

委託外医療機関等で利用した産後ケアについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 氏名：

住所：

連絡先： - -

産婦との続柄 ()

※申請者は産婦本人、又はその者からの委任を受けた受任者に限ります。

産婦	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	利用者負担区分 (<input checked="" type="checkbox"/> を記入) <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護			
申請額	利用サービス	利用日	県助成利用	窓口負担額-自己負担額 (A)	上限額 (B)	申請(請求)額 (AとBのうち少ない額)
		月 日	有・無	円	円	¥ 円
		月 日	有・無	円	円	¥ 円

※非課税世帯・生活保護世帯の場合は減免確認書類の提出が必要です。太枠内は記入しないでください。

私が受領する産後ケア事業助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所
	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳(申請者と産婦が異なる場合は双方の登録事項)及び医療機関等における情報について、飯塚市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

裏面もあり

※産婦本人以外が申請する場合や、産婦と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、
下欄の記入を必ずお願いします。

委任状

年 月 日

委任者（産婦）

住所

氏名

私は産後ケア事業助成金交付において下記の者を代理人と定め、
（申請（請求） ・ 受領 ）に関する一切の権限を委任します。 ※委任する項目に○をつけてください

受任者（産婦との続柄： ）

住 所

生年月日

氏 名

※郵送の場合には必ず、下欄2か所の貼付をお願いします。

産婦及び受任者の本人確認書類（写し）貼り付け欄

○運転免許証、マイナンバーカード（オモテ面のみ）、パスポート、在留カード、外国人登録証等の、本人確認ができる書類のいずれかひとつの写しをこの欄に貼り付けてください。

振込先口座確認書類（写し）貼り付け欄

○記載した口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かる通帳やキャッシュカードの写しをこの欄に貼り付けてください。

○ネットバンキング等で紙媒体の通帳等がない場合は、電子通帳の画面等の画像を貼付してください。