

(様式第4号)

佐賀市産後ケア事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐賀市長 様

佐賀市産後ケア事業実施要綱第13条の規定に基づき、必要書類を添え助成金の交付を申請及び請求します。また、この申請内容について、公簿との照合及び申請者本人、医療機関等へ確認することに同意します。なお、産後ケア事業の利用内容は添付書類のとおりです。

●申請者（利用者本人）

Form with fields for address (住所), name (氏名), birth date (生年月日), telephone number (電話番号), and delivery date (出産日).

●利用内容

Table with 6 columns: 回数 (Number of times), 利用日 (Date of use), 種別 (Type), 医療機関・助産所等名 (Medical institution/obstetrician name), 支払金額 (Payment amount), 上限額 (Maximum amount). Includes a total row at the bottom.

●振込先 支給決定の際は、下記金融機関の口座に振り込んでください。

Table for remittance details with columns: 金融機関名 (Financial institution name), 支店名 (Branch name), 口座種別 (Account type), 口座番号 (Account number).

- 助成額
産後ケア事業の利用に支払った額の内、1回あたりの上限額の範囲内
■ 添付書類及び必要なもの
① 利用した医療機関・助産所等が発行した領収書の写し
② 産後ケア事業利用券及び産後ケア事業実施結果報告書
③ 窓口に来た人の本人確認書類（運転免許証等）
■ 申請期間
産後ケア利用日から1年間

受領印 (Receipt stamp) area.