# 金沢市産後ケア事業利用助成金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）　金沢市長

(申請者)住　所
氏　名
電　話(　　)

金沢市産後ケア事業利用助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="2">産　婦</td><td>住　所</td><td colspan="4">金沢市　　□申請者と同じ</td></tr>
<tr><td>ふりがな<br>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">出　産　日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="8">利　用　日<br>利用内容・施設<br>(※該当するところに○)<br>利　用　金　額</td><td>①　年　月　日</td><td>デイサービス型（医療機関・助産院）<br>宿泊型　（医療機関・助産院）<br>訪問型</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>②　年　月　日</td><td>デイサービス型（医療機関・助産院）<br>宿泊型　（医療機関・助産院）<br>訪問型</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>③　年　月　日</td><td>デイサービス型（医療機関・助産院）<br>宿泊型　（医療機関・助産院）<br>訪問型</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>④　年　月　日</td><td>デイサービス型（医療機関・助産院）<br>宿泊型　（医療機関・助産院）<br>訪問型</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>⑤　年　月　日</td><td>デイサービス型（医療機関・助産院）<br>宿泊型　（医療機関・助産院）<br>訪問型</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>⑥　年　月　日</td><td>デイサービス型（医療機関・助産院）<br>宿泊型　（医療機関・助産院）<br>訪問型</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>⑦　年　月　日</td><td>デイサービス型（医療機関・助産院）<br>宿泊型　（医療機関・助産院）<br>訪問型</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">振　込　先</td><td>金融機関名</td><td></td><td>支店名</td><td></td></tr>
<tr><td>金種別</td><td>普通　・　当座</td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td>口座名義人<br>(カタカナ)</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

（事務処理欄）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受付場所 | □駅西　□泉野　□元町<br>□健政　□郵便 | 整理番号 | | 助成決定額 | 円 |

《添付書類》

□　金沢市産後ケア事業利用助成金交付申請書

□　領収書原本（産後ケアの利用日・利用金額が分かるもの）

□　母子健康手帳の「産後ケアの記録」のページの写し

□　利用決定通知書の写し

□　利用した日数分の産後ケア事業利用券兼実施報告書の原本

□　振込口座のわかるもの（通帳・キャッシュカードの写しなど）