様式第12号の1（第18条関係）　　令和　　年　　月　　日

天理市長様

天理市産後ケア費用助成金償還払申請書兼請求書

金　　円

✕印のところは
記入しないで下さい

記入見本

請求者(申請者)の住所（〒 632 － ○○○○ ）
奈良県天理市　　○○ 町 ○○○番地

フリガナ　テンリ　ハナコ
氏 名　天理　花子　天理
電 話（ ○○○ － ○○○ － ○○○ ）

標記について、下記のとおり医療機関の証明を得ましたので上記金額を申請兼請求します。
【添付書類】 □領収書原本(明細書)　□産後ケア利用承認通知書　□口座番号のわかるものの写し

母の氏名			生年月日	年　月　日	
子の氏名			生年月日	年　月　日	
ショートステイ	利用日	利用者支払い費用（食事代を除く）	デイサービス	利用日	利用者支払い費用（食事代を除く）
1泊目	年　月　日	円	1日目	年　月　日	円
2泊目	年　月　日	円	2日目	年　月　日	円
3泊目	年　月　日	円	3日目	年　月　日	円
4泊目	年　月　日	円	4日目	年　月　日	円
5泊目	年　月　日	円	5日目	年　月　日	円

上記、産後ケアを実施したことを証明します。
所在地
医療機関等の名称
代表者名　印

（市役所記入欄）
合

この太線内は医療機関に
記入してもらってください

※食事代は請求金額に含めない。

下記の口座に振込をお願いします。

支払機関名			預金種別	口座番号
銀行・農協・信金	□□ 支店	店番 △△△	普通・当座・その他(総合)	○○○○○
ゆうちょ銀行	通帳記号（　　）通帳番号（　　）			
口座名義人	カナ（必ず記入）　テンリ　ハナコ			
	天理　花子			