

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

請求者(申請者)の住所(〒 _____)
奈良県天理市 _____ 町

里帰り先住所

フリガナ _____
氏名 _____
電話(_____ - _____ - _____)

標記について、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 | |
| ※食事代は請求金額に含めない。 | | | (市役所記入欄) 合計 _____ 円 | | | |

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 | 店番 | 普通・当座・その他(総合) | |
| | 支店 | | |
| 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) | | |