

太枠で囲んだ部分をご記入ください。

様式第9号（第13条関係）

岡谷市産後ケア事業助成金請求書

年 月 日

岡谷市長 様

請求者 住 所 _____
氏 名 _____
(子の出生日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (子の氏名) _____
電 話 _____

下記のとおり、受託外事業者において産後ケア事業を利用しましたので、岡谷市産後ケア事業実施要綱第13条第3項の規定により、助成金を請求します。

記

請求額						円	
実施事業者名							
利用内容	事前申請方式	種類	利用期間		利用料	助成額 ※市で記入	
		宿泊型	月 日 ~ 月 日	日	円	円	
		通所型	月 日 ~ 月 日	日	円	円	
	利用券方式	訪問型	月 日 ~ 月 日	日	円	円	
		相談型	月 日 ~ 月 日	回	円	円	
		訪問型	月 日 ~ 月 日	回	円	円	
合 計					円	円	
振込先口座		金融機関名			口座の種類	普通・当座	
					口座番号		
		本・支店名			(フリガナ)		
口座名義							

添付書類：事前申請方式（宿泊型・通所型・訪問型）の事業を利用の場合は、実施事業者の領収書
利用券方式（相談型・訪問型）の事業を利用の場合は、実施事業者の領収書及び未使用
の利用券