

沼田市産後ケア助成金交付申請書

年 月 日

沼田市長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

(利用者との関係：)

沼田市産後ケア実施要綱第8条の2に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請します。
なお、助成金の交付申請をするに当たり、住民登録の調査について同意します。

<利用者> 申請者と同じ場合は※の記入は不要です。

利用者 氏名 ※		電話番号 ※	
住 所 ※	沼田市		

交付申請金額	円
--------	---

<内訳（消費税含む）> 申請金額は、支払済額又は上限基準額のいずれか少ない額とする

	利用日	支払済額	上限基準額	申請金額
1	年 月 日	円	2,500円	円
2	年 月 日	円	2,500円	円
3	年 月 日	円	2,500円	円
4	年 月 日	円	2,500円	円
5	年 月 日	円	2,500円	円
申請金額合計				円

<振り込み口座>

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	支店名	本店 支店 支所
預金の種類	1. 普通 2. 当座	口座番号	
フリガナ		口座名義人	

<添付書類>

1. 医療機関等が発行する産後ケアに要した費用の領収書又は支払証明書の原本
2. 振込先の金融機関、支店及び口座を確認することができる通帳等の写し
3. その他市長が必要と認めた書類