

辰野町産後ケア事業利用料減免申請書兼償還払請求書

年 月 日

（届出先）辰野町長

次のとおり産後ケア事業利用料の減免申請及び減免額の請求をします。

また、申請するにあたり生活保護法による被保護世帯の該当の有無、及び世帯員の住民税課税状況を確認することに同意します。

利用者 (申請者)	ふりがな 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	電話番号				
	ふりがな 乳児氏名		生年月日	年	月	日
利用 状 況 等	種別	実施医療機関等	利用日	自己負担額 ※食事は除く (A)	減免額 (B)	申請金額 (A)または(B)のうち いずれか少ない額
	宿泊型		年 月 日～ 月 日 日間	円	円	円
			年 月 日～ 月 日 日間	円	円	円
	日帰り型		年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
	訪問型		年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
			年 月 日	円	円	円
	請求金額（合計）					

振込先金融機関		本支店名	
口座種類	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義（フリガナ） ※申請者と同一名義			

※減免助成日数は5日間です。申請は利用日から6か月以内に限りです。

（添付書類）

- 産後ケア利用料の領収書（原本）
- 振込先が確認できる書類の写し
- 1月1日時点で辰野町以外に住民登録がある場合は、課税状況が確認できる書類

※町記入欄	世帯課税状況： <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯（確認者_____）
-------	--