

年 月 日

南あわじ市長 様

住 所

氏 名

連絡先

産後ケア事業利用助成金交付申請書兼請求書 (償還払い用)

年 月 日から 年 月 日までの南あわじ市産後ケア事業として、
次のとおり請求します。

利用金額 (円) (A)	日(時間)数 (B)	1日(1時間)あたりの助成金額 (円) (C) $(A) / (B) \times 0.9$ ※非課税世帯の場合 (C) $(A) / (B)$	※請求金額 (円)
	宿泊型 日		
	通所型 時間		
	訪問型 時間		
合計			

※請求金額は、(C) の金額によって異なります。

(C) が下記上限額以上だった場合：(D) × (B)

(C) が下記上限額以下だった場合：(C) × (B)

1日(1時間) あたりの 助成上限額 (D)	一般	宿泊型：27,900円 通所型：3,060円 訪問型：4,500円
	非課税世帯	宿泊型：31,000円 通所型：3,400円 訪問型：5,000円

振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合	本店・支店 出張所・支所
預金種類	普通	当座
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		