

様式第3号（第9条関係）

## 宇城市産後ケア助成金請求書

金額	百	千	円

宇城市産後ケア利用料金助成として、上記の金額を請求します。  
上記請求に係る支払については、下記の口座に振り込んでください。

年　月　日  
住　所  
氏　名

印

宇城市長 様

## 口座振込依頼書

振込	銀行・農協 信組・金庫 その他( )							支店 本店 支所 本所	フリガナ	口座名義
	普・当	番号								
ゆうちょ 銀行	記号番号						一			

※訂正された箇所には必ず訂正印を押印ください（修正液は使えません）。

宇城市記入欄

事業類型		世帯		補助上限額 (a)	利用料(b)	ab いずれか 低い額	回数	助成額
通所型	長時間 (3~5時 間)	一般		9, 600円				
		非課税		10, 800円				
		生活保護		12, 000円				
		多胎児	一般	1, 000円				
		加算	非課税					
	短時間 (3時間 未満)	生活保 護		1, 500円				
		一般		4, 800円				
		非課税		5, 400円				
		生活保護		6, 000円				
		多胎児	一般	1, 000円				
訪問型 (2時間未満)		多胎児	非課税					
		加算	生活保 護	1, 500円				
		一般		6, 800円				
		非課税		7, 650円				
		生活保護		8, 500円				
宿泊型 (1泊2日)		一般		700円				
		多胎児	非課税					
		加算	生活保 護	1, 000円				
		一般		20, 000円				
		非課税		22, 500円				
		生活保護		25, 000円				
		多胎児	一般	1, 500円				
		加算	非課税					
		生活保 護		2, 500円				

助成額合計 \_\_\_\_\_ 円