

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



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	
	普・当	番 号							口 座 名 義		
	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, 6 0 0 円				
		非課税		1 0, 8 0 0 円				
		生活保護		1 2, 0 0 0 円				
		多胎児 加算	一般	1, 0 0 0 円				
			非課税	1, 5 0 0 円				
			生活保 護					
	短時間 (3時間 未満)	一般		4, 8 0 0 円				
		非課税		5, 4 0 0 円				
		生活保護		6, 0 0 0 円				
		多胎児 加算	一般	1, 0 0 0 円				
非課税			1, 5 0 0 円					
生活保 護								
訪問型 (2時間未満)		一般		6, 8 0 0 円				
		非課税		7, 6 5 0 円				
		生活保護		8, 5 0 0 円				
		多胎児 加算	一般	7 0 0 円				
			非課税	1, 0 0 0 円				
宿泊型 (1泊2日)	一般		2 0, 0 0 0 円					
	非課税		2 2, 5 0 0 円					
	生活保護		2 5, 0 0 0 円					
	多胎児 加算	一般	1, 5 0 0 円					
		非課税	2, 5 0 0 円					
	生活保 護							

助成額合計 _____ 円