

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 よ 銀行	記号番号						—		

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
※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)。							
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			
		多胎児加算	一般	1,000円			
			非課税	1,500円			
			生活保護				
	短時間 (3時間未満)	一般		4,800円			
		非課税		5,400円			
		生活保護		6,000円			
		多胎児加算	一般	1,000円			
			非課税	1,500円			
			生活保護				
訪問型 (2時間未満)	一般		6,800円				
	非課税		7,650円				
	生活保護		8,500円				
	多胎児加算	一般	700円				
		非課税	1,000円				
		生活保護					
宿泊型 (1泊2日)	一般		20,000円				
	非課税		22,500円				
	生活保護		25,000円				
	多胎児加算	一般	1,500円				

	非課税 生活保護	2,500円				
--	-------------	--------	--	--	--	--