

産後ケア利用料金助成請求書

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		支店	フリ ガナ	
	信組・金庫		本店		
	その他（ ）		支所		
			本所		
	普・当	番号		口 座 名 義	
	記号番号				
ゆうちょ 銀行					

※訂正せ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				
		多胎児加算	一般 1,000円				
			非課税 生活保護 1,500円				
	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 生活保護 1,500円				
	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 生活保護 1,000円				
	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				

助成額合計 _____ 円