

様式第4号（第10条関係）

直島町産後ケア費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

直島町長 殿

申請者

住所 直島町

氏名

㊞

(利用者との関係)

電話

直島町産後ケア費用助成事業助成事業実施要項第10条の規定により、次のとおり助成の申請及び請求します。

利用者氏名		生年月日	年 月 日
子の氏名		生年月日	年 月 日
住 所	直島町		
利用期間	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日～	年 月 日 ( 日間)
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	年 月 日～	年 月 日 ( 日間)
利用助産所	名 称		
	住 所		
	連絡先		
利 用 額	円		
振 込 先	銀行 (支) 店		
	預金種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ 口座名義人		

※利用助産所が発行した領収書を添えて提出してください。