

松田町産後ケア応援助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

松田町長 様

松田町産後ケア応援助成金の交付を受けたいので、松田町産後ケア応援助成金交付要綱第7条の規定に基づき、必要書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。なお、申請を行うにあたり、下記同意事項に同意します。

申請者 (産婦)	フリガナ			
	氏名	(印)		
	住所	松田町		
	電話番号			
サービス種類	※該当する□に✓印を記入してください <input type="checkbox"/> 宿泊型サービス <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 家事等支援			
医療機関等名				
申請額	円			
振込先	金融機関名		支店等名	
	口座番号		預金種別	普通・当座
	フリガナ			
	口座名義人			

<同意事項>

- 1 受給資格の確認及び審査にあたり、町が公簿や受診状況等の資料について閲覧することに同意します。また、公簿等で確認ができない場合は、関係書類を提出します。
- 2 申請書の不備について、町が定める期間までに申請者に連絡・確認が取れない場合、当該申請が取り下げられたものとみなされることに同意します。
- 3 助成金の交付後、交付要件に該当しないことが判明した場合は、助成金を返還します。

町記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座の確認資料（通帳またはキャッシュカードの写し）
------	---