**奈良市産後ケア事業利用費用還付申請書**

年　　月　　日

（宛先）奈良市長

申請者(産婦)の 住所

氏名

生年月日　　Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日

連絡先　（　　　　）　　　　－

次のとおり、産後ケア事業の該当する費用の還付を申請します。

なお、申請内容審査のため、奈良市が利用施設へ利用状況を照会することについて同意します。

１、利用情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用  回数 | 利用日 | 利用種別 | 利用施設名 | 利用施設で  支払った額 | 申請額  (上限助成額)  ｼｮｰﾄｽﾃｲ50,000円  ﾃﾞｲｹｱ22,400円  ｱｳﾄﾘｰﾁ10,000円 |
| １回目 | 年　　月　　日 | □ｼｮｰﾄｽﾃｲ  □ﾃﾞｲｹｱ  □ｱｳﾄﾘｰﾁ |  | 円 | 円 |
| ２回目 | 年　　月　　日 | □ｼｮｰﾄｽﾃｲ  □ﾃﾞｲｹｱ  □ｱｳﾄﾘｰﾁ |  | 円 | 円 |
| ３回目 | 年　　月　　日 | □ｼｮｰﾄｽﾃｲ  □ﾃﾞｲｹｱ  □ｱｳﾄﾘｰﾁ |  | 円 | 円 |
| ４回目 | 年　　月　　日 | □ｼｮｰﾄｽﾃｲ  □ﾃﾞｲｹｱ  □ｱｳﾄﾘｰﾁ |  | 円 | 円 |
| ５回目 | 年　　月　　日 | □ｼｮｰﾄｽﾃｲ  □ﾃﾞｲｹｱ  □ｱｳﾄﾘｰﾁ |  | 円 | 円 |
| ６回目 | 年　　月　　日 | □ｼｮｰﾄｽﾃｲ  □ﾃﾞｲｹｱ  □ｱｳﾄﾘｰﾁ |  | 円 | 円 |
| ７回目 | 年　　月　　日 | □ｼｮｰﾄｽﾃｲ  □ﾃﾞｲｹｱ  □ｱｳﾄﾘｰﾁ |  | 円 | 円 |
| 合計 |  | | | 円 | 円 |

２、振込先（申請者（産婦）本人に限ります。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | | 支店名 | | | | 預金種別 | 口座番号 | | | | | | | 口座名義（カタカナ） |
|  | | | | |  | | | | □普通  □当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関  コード |  |  |  |  | 支店コード  （店番） |  |  |  |

３．添付書類（添付したものにチェック☑をしてください）

□産後ケア利用時の領収書及び診療明細書

□利用記録の写しまたは、母子健康手帳の「産後ケアの記録」の欄の写し

□利用施設が記載した奈良市産後ケア事業実施報告書

□振込口座のわかるもの（通帳またはキャッシュカード）の写し