

様式第1号(第6条第1項関係)

産後ケア事業に係る自己負担額助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

柏原市長殿

関係書類を添えて下記のとおり産後ケア事業に係る自己負担額の助成を申請します。
なお、次のとおり口座振替によって支払ってください。

申請者 住 所	〒	—	
申請者 氏 名	_____		Ⓜ
利用者 氏 名	_____		
利用者との 続柄	()		
電 話	()	—	
申請額	_____	金	円

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人
	口座番号		

* 以下は記入しないでください

申請受理 年月日	年 月 日	承認・不承認	助成金額	金	円
-------------	-------	--------	------	---	---