

苫小牧市産後ケア事業利用費用償還払い申請書兼請求書

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

〒

申請者 住所

氏名

電話

苫小牧市産後ケア事業実施要綱第13条に基づき、次のとおり苫小牧市産後ケア事業利用費用
助成金交付について関係書類を添えて申請(請求)します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用者氏名			
利用事業所名		所得区分	☐ 市民税課税者 ☐ 市民税非課税者 ☐ 生活保護受給者
利用年月日	サービス種類	利用額	申請(請求)額
	☐ 訪問型 ☐ 通所型(2時間以内) ☐ 通所型(3時間以上)	円	円
	☐ 訪問型 ☐ 通所型(2時間以内) ☐ 通所型(3時間以上)	円	円
	☐ 訪問型 ☐ 通所型(2時間以内) ☐ 通所型(3時間以上)	円	円
	☐ 訪問型 ☐ 通所型(2時間以内) ☐ 通所型(3時間以上)	円	円
	☐ 訪問型 ☐ 通所型(2時間以内) ☐ 通所型(3時間以上)	円	円
	☐ 訪問型 ☐ 通所型(2時間以内) ☐ 通所型(3時間以上)	円	円
	☐ 訪問型 ☐ 通所型(2時間以内) ☐ 通所型(3時間以上)	円	円
	☐ 訪問型 ☐ 通所型(2時間以内) ☐ 通所型(3時間以上)	円	円
	☐ 訪問型 ☐ 通所型(2時間以内) ☐ 通所型(3時間以上)	円	円
	☐ 訪問型 ☐ 通所型(2時間以内) ☐ 通所型(3時間以上)	円	円
合計		円	円

添付書類

- ・産後ケア利用時の領収書・明細書
- ・実施結果報告書(様式3)※実施事業所が発行したもの
- ・母子健康手帳

裏面も記載してください。

＜振込先＞ ※口座名義人は、申請者と同一にしてください。

金融機関	銀行 信用金庫 信用組合							
口座番号	普通	・	当座					
フリガナ								
口座名義								

＜その他必要事項＞

- ①申請者の属する世帯の市民税の課税状況を確認すること。
②必要に応じて、産後ケア実施事業所及び他の市町村に対し、この申請に関係する情報を照会し、又は提供すること。

上記①②に同意します。

年 月 日

利用者氏名

＜償還金額表＞

利用施設で支払った産後ケア事業利用額から、自己負担額を差し引いた金額、もしくは苫小牧市で定める助成限度額のいずれか低いほうの金額を払い戻します。

サービス区分	階層区分		助成限度額	自己負担額
訪問型	課税世帯	1～5回目（減免あり）	7,000円	1,000円
		6～10回目	6,800円	1,200円
	市民税非課税・生活保護世帯		8,000円	0円
	多胎児世帯		12,000円	0円
通所型ショート （2時間以内の利用）	課税世帯	1～5回目（減免あり）	6,500円	1,000円
		6～10回目	6,300円	1,200円
	市民税非課税・生活保護世帯		7,500円	0円
	多胎児世帯		11,200円	0円
通所型ロング （3時間以上の利用）	課税世帯	1回目（減免あり）	16,000円	2,000円
		2～10回目	13,500円	4,500円
	市民税非課税・生活保護世帯		17,100円	900円
	多胎児世帯		21,100円	900円

※助成回数は各区分合わせて最大10回までです。

※減免ありの利用は訪問型、通所型併せて5回までです（ロングはそのうち1回のみ）