

<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	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 (2時間以内の利用)	課税世帯	1～5回目	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
宿泊型	課税世帯		60,300円	※1+食費
	市民税非課税・生活保護世帯		67,000円	食費
	多胎児世帯		100,500円	食費

※1 利用施設で支払った産後ケア事業費用(食費を除く)の1割

※ 助成回数は各区分合わせて最大10回までです。(宿泊型は2回まで)