

産後ケア事業利用者負担額償還払申請書

年 月 日

（宛先）茅野市長

申請者 住 所
氏 名

下記のとおり、委託事業者以外の事業者による産後ケア事業を利用しましたので、茅野市産後ケア事業実施要綱第 16 条第 1 項に規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

利用 内 容	種別	利用年月日	利用料 (食費を除く)
	宿泊型	～	円
	1 日通所型		円
	短時間通所型		円
	訪問型		円
実施事業者名			
金額合計		円	

（関係書類）

- 1 母子健康手帳の表紙及び産後ケアの記録のページの写し(産後ケアの記録が無い場合には、こちらから医療機関等に内容の確認をさせていただく場合があります。)
- 2 領収書の写し(利用者の氏名、利用額、利用日及び医療機関又は助産所の明細が記載されているもの)
- 3 明細書(内容の確認できるもの)の写し（明細書が無い場合には、こちらから医療機関等に内容の確認をさせていただく場合があります。)
- 4 振込口座がわかるものの写し