

長崎市育児等支援サービス利用支給金交付申請書

年 月 日

(あて先) 長 崎 市 長

申請者住所

申請者氏名

*代理申請の場合 代理人住所

代理人氏名

申請者との関係 ()

新型コロナウイルス感染症のため、里帰り出産等ができず、育児等支援サービスを利用したので、支給金交付のため、関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日	年	月	日	(歳)
妊産婦氏名						
住所	〒		TEL	()		
出産(予定)日		出産(予定)医療機関名				
里帰り出産等を予定していた期間	～					
対象要件 *該当に○を付けてください。	ア 妊産婦本人又は配偶者の実家等への里帰りを予定していたが、里帰りできなかった。 イ 本市で出産し、実家等の親族の訪問滞在による支援を予定していたが、受けることができなかった。 ウ 里帰りや親族の訪問滞在を中断し、当初予定期間の支援を受けることができなかった。 ※実家等は、県外を前提としますが、県内でも新型コロナウイルス感染症の発生等により、里帰りができない状況がある場合は、対象に含みます。					
実家住所等記載欄	※1		※2		※2	
実家住所	妊産婦		支援者氏名		本人との関係	
	配偶者		支援者氏名		本人との関係	
※3実家以外の支援先住所			支援者氏名		本人との関係	

*実家住所についてご記載ください。(配偶者欄は、該当が無ければ記載不要)

※1 支援を受ける予定だった箇所に○を付けてください。

※2 ※1で○を記載した箇所について、ご記入ください。

※3 実家以外を予定していた場合に、ご記入ください。

【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		口座番号		
口座名義人				

*本申請が承認された場合は、上記指定口座(申請者名義)に振り込まれます。なお、申請者が妊産婦本人と異なる場合は、申請に係る委任状又は関係を証明する書類を添付してください。

*申請内容に虚偽があり、不正に交付を受けた場合は、全額又は一部を返還していただくこととなります。

※裏面もご記入ください。

【申請内訳】

(単位：円)

利用日	ア 支払金額	イ 支給限度額	ウ 申請額 (アとイのうち少ない額)	利用日	ア 支払金額	イ 支給限度額	エ 申請額 (アとイのうち少ない額)
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
/		10,000円		/		10,000円	
						総合計 (ウ+エ)	

●添付書類：①領収書（原本）
 ②利用したサービス内容が分かる書類(写し可)
 ③母子健康手帳の写し(出生届出済証明、妊娠中の経過、出産の状態のページ)

*②が無い場合は、育児等支援サービス利用明細書(第2号様式)を記載し、事業者の証明をお取りください。

(注)月単位でご申請ください(複数月可)。