様式第１号（第４条関係）

平戸市産後ケア事業利用時交通費助成金交付申請書

年　　月　　日

平戸市長　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

下記のとおり、産後ケア事業利用時交通費助成金を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">（産婦）対象者</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住　　所</td><td rowspan="2">平戸市</td><td>産後ケア事業利用日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>産後ケア事業利用事業所名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">所在地区及び助成額</td></tr>
<tr><td colspan="5">☐ 平戸北部　3,000 円　☐ 平戸中部　4,500 円　☐ 平戸南部・高島　5,000 円
☐ 生　　月　4,500 円　☐ 田　　平　3,000 円　☐ 大島・度島　4,000 円
☐ その他　2,000 円（里帰り先住所：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">助　成　額</td><td colspan="3">円</td></tr>
</table>

【振込先】

<table>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="2"></td><td>支店名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普通・当座</td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">（カナ）
口座名義人</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="10"></td></tr>
</table>

※添付書類
・母子健康手帳の写し（産後ケアの記録が記載されているページ）
・口座情報のわかるものの写し（通帳等）