

様式第1号（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

菊川市妊娠出産時家庭ホームヘルプサービス利用費補助金交付申請書

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

菊川市妊娠出産時家庭ホームヘルプサービス利用費補助金の交付を受けたいので、菊川市妊娠出産時家庭ホームヘルプサービス利用費補助金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

利用したサービス	種 別	事業者名
	<input type="checkbox"/> 食事の支度	
	<input type="checkbox"/> 衣類の洗濯	
	<input type="checkbox"/> 居室の掃除及び整理整頓	
	<input type="checkbox"/> 食材、生活必需品等の買い物	
	<input type="checkbox"/> 乳児の世話	
	<input type="checkbox"/> 乳児の兄、姉の世話	
妊婦又は産婦の氏名等	(生年月日 年 月 日)	
単胎・多胎の区分	単胎 ・ 多胎	
サービス利用時の居住地		
利用額	円	
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 事業者が発行した利用額の内訳が分かるもの <input type="checkbox"/> その他 ( )	

備考

- 「利用したサービス」欄は、該当する□にレ点を付し、事業者名を記入すること。なお、複数のサービスを利用した場合は、すべて記入する。
- 「サービス利用時の居住地」欄は、サービスを利用したときに住んでいた場所を記入すること。ただし、医療機関に入院中の場合は、医療機関名を記入する。
- 「利用額」欄は、添付書類の領収書の合計額以内であること。
- 「内訳が分かるもの」は、利用額の算定単位の基準が分かるものを添付する。

確認欄

領収書枚数	利用額の算定単位	
枚	1 時間単位	その他の単位

利用単位の明細について、菊川市が申請者及び利用事業所に対して、利用状況について照会することを同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

(自署の場合は押印不要)