

## 長崎市産後ケア事業支給金交付申請書

年 月 日

利用する方（産婦さん）の住所・氏名を記入ください。ただし、受診者名義の振込口座がない場合は別の方（原則、夫）を申請者とすることができます。この場合は請求に係る委任状を提出してください。

申請者の住所

長崎市魚の町〇番〇号

申請者の氏名

長崎 花子

産後ケア事業を利用したので、長崎市産前産後支援事業（産後ケア）実施要綱第7条の規定により関係書類を添えて申請します。

|         |                                  |        |                           |
|---------|----------------------------------|--------|---------------------------|
| フリガナ    | ナガサキ ハナコ                         | 生年月日   | 昭和 〇 年 〇 月 〇 日<br>( 〇〇 歳) |
| 産婦氏名    | 長崎 花子                            |        |                           |
| フリガナ    | ナガサキ タロウ                         | 生年月日   | 令和 〇 年 〇 月 〇 日            |
| 子氏名     | 長崎 太郎                            |        |                           |
| 住所      | 長崎市 魚の町〇番〇号                      |        |                           |
| 電話      | (自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |        |                           |
| 出産医療機関等 | 〇〇産婦人科                           | 里帰り先住所 | 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号             |

|                 |   | 利用状況  | 領収金額     |
|-----------------|---|---|----------|
| シヨートステイ<br>(宿泊) | ① | (利用施設)<br>〇〇産婦人科<br>RO年 9 月 1 日～RO年 9 月 3 日 | 70,000 円 |
|                 | ② | (利用施設)<br>年 月 日～ 年 月 日                      | 円        |

|              |   |  |         |
|--------------|---|--|---------|
| (通所)<br>デイケア | ① | (利用施設)<br>〇〇助産院<br>RO年 〇 月 〇 日 ( 10 時～ 16 時) | 7,000 円 |
|              | ② | (利用施設)<br>年 月 日 ( 時～ 時)                      | 円       |

|                |   |                                |   |
|----------------|---|--------------------------------|---|
| (訪問)<br>アウトリーチ | ① | (利用施設)<br>年 月 日                | 円 |
|                | ② | (利用施設)<br>利用者(産婦)名義のものを記入ください。 | 円 |

|     |       |          |     |             |       |   |   |   |   |
|-----|-------|----------|-----|-------------|-------|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名 | 〇〇 銀行 〇〇 | 本店  | 預金種別        | 普通・当座 |   |   |   |   |
|     | フリガナ  | ナガサキ ハナコ | 支店  | 右づめで記入ください。 |       |   |   |   |   |
|     | 口座名義人 | 長崎 花子    | 出張所 | 0           | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 |

(例) ショートステイ: 50,000円(長崎市の上限額) + デイケア: 7,000円

|                    |          |
|--------------------|----------|
| 領収金額または長崎市の上限金額の合計 | 57,000 円 |
| 自己負担額              | 2,000 円  |
| 支給額                | 55,000 円 |

\*申請者と産婦氏名が異なる場合は、申請に係る委任状または関係を証明する書類を添付してください。

\*領収額または長崎市の上限金額の合計のいずれか低い額から、自己負担額を差し引いた金額を支払います。

| 種別              | 長崎市の上限金額                          | 自己負担額                         |                                  |
|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
|                 |                                   | 5回(泊)目まで                      | 6回(泊)目以降                         |
| ショートステイ<br>(宿泊) | (1泊2日) 30,000円<br>(2泊目以降) 20,000円 | (1泊2日) 1,500円<br>(2泊目以降) 500円 | (1泊2日) 4,000円<br>(2泊目以降) 3,000円  |
| デイケア<br>(通所)    | (3時間未満) 6,500円<br>(3時間以上) 8,000円  | 0円                            | (3時間未満) 1,100円<br>(3時間以上) 1,300円 |
| アウトリーチ<br>(訪問)  | 6,500円                            | 0円                            | 1,100円                           |

**支給例**

●市外施設にてショートステイを2泊3日利用し、7万円(1泊目:4万円、2泊目:3万円)支払った場合

|     |                              |              |                     |
|-----|------------------------------|--------------|---------------------|
| 利用料 | A 長崎市の上限金額                   |              |                     |
|     | 50,000円<br>(30,000円+20,000円) | AとBのどちらか低い金額 | 50,000円             |
|     | B 領収額の合計<br>(施設で支払った金額)      | 自己負担額        | 2,000円(1,500円+500円) |
|     | 70,000円                      | 支給額          | 48,000円             |

領収書添付欄

**添付書類**

- ①市外の施設で利用した産後ケアの領収書
- ②口座番号がわかるもの(通帳、キャッシュカード)の写し
- ③本人確認書類(運転免許証、健康保険証など)

※口座名義人が旧姓の場合は、旧姓から現姓に変わったことが分かる書類(運転免許証の裏など)を提出してください。