

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）を申請者として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、長崎市産後ケア事業実施要綱第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 (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 (宿泊)	① (利用施設) 〇〇産婦人科 RO年 9 月 1 日～RO年 9 月 3 日	70,000 円
	② (利用施設) 年 月 日～ 年 月 日	利用施設に支払った金額を記入してください。 円

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

アウトリーチ (訪問)	① (利用施設) 年 月 日	円
	② (利用施設) 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 〇〇	預金種別	普通・当座
	フリガナ	ナガサキ ハナコ	支店 出張所	右づめで記入ください。	
	口座名義人	長崎 花子	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	

(例)ショートステイ2泊:63,200円(長崎市の上限額) + デイケア1回:7,000円(領収額)

領収金額または長崎市の上限金額の合計	70,200 円
自己負担額	1,500円×2泊 3,600 円
支給額	70,200円-3,600円 66,600 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 (宿泊)	(1泊につき) 31,600円	(1泊につき) 1,800円	(1泊につき) 4,300円
	多胎児の場合 (1泊につき) 36,800円	多胎児の場合 (1泊につき) 2,400円	多胎児の場合 (1泊につき) 4,900円
デイケア (通所)	(4時間未満) 7,100円 (4時間以上) 8,900円	0円	(4時間未満) 1,300円 (4時間以上) 1,500円
アウトリーチ (訪問)	5,600円	0円	1,000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	➡	AとBのどちらか低い金額	
	63,200円 (31,600円×2泊)		自己負担額	63,200円
	B 領収額の合計 (施設で支払った金額)		支給額	3,600円(1,800円×2泊)
	70,000円			59,600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。