様式第1号（第5条関係）

年　　月　　日

（請求先）

佐久穂町長

請求者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

佐久穂町産前産後家事支援助成金請求書

佐久穂町産前産後家事支援助成金を、下記のとおり支払ってください。

記

１　利用区分

　　□産前及び産後において、家族等から十分な援助が受けられない

　　□体調不良等により、日常生活が制限されるため、家事を行うことが困難である。

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家事支援助成事業実　施　月　日 | 実施費用 | 請求金額 |
| 年　　月　　日（　） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 円 | 円 |
| 合　　計 |  | 円 |

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 支店名等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |
| カナ氏名 |  |

※添付書類：　　家事支援実施費用の領収書

※助成額は、家事代行サービス1回につき事業者に支払った費用の1/2以内（3,000円）を上限とし、年12回を限度とする。