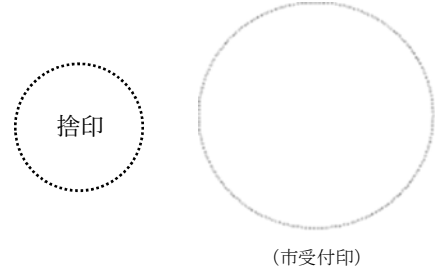


(里帰り等により県外の医療機関・助産所等で利用)

年 月 日

(あて先) 浜松市長

関係書類を添えて、次のとおり産後ケア事業に該当する費用の助成を申請します。助成金は、次の口座に振り込んでください。また、浜松市が必要に応じ、この申請内容について医療機関等に照会することに同意します。



1. 申請者情報 (太枠内をご記入ください。) ※振込先の口座名義人と申請者の名前は必ず一致させてください。

Application form grid containing fields for applicant name, birth date, residence, bank information, and account details.

2. 添付書類の確認

Checklist for attached documents including receipts, bank statements, and health records.

3. 産後ケアの費用の内訳 (太枠内をご記入ください。)

Table for recording service type and usage amount for postpartum care.

Table for recording calculation of subsidy amount, including columns for eligible expenses, self-shoulder, and subsidy amount.

※裏面より該当の番号を記入してください。

Final summary row for approval status and total subsidy amount.

サービスの種類

選択肢 番号	サービス種類	区分	公費負担上限額	最低自己負担額
①	宿泊型 (※)	市民税課税者	20,000 円	5,000 円
		市民税非課税者	29,800 円	1,000 円
		生活保護受給者	全額	0 円
②	デイサービス型 (※) (1日タイプ)	市民税課税者	10,300 円	2,500 円
		市民税非課税者	16,200 円	500 円
		生活保護受給者	全額	0 円
③	デイサービス型 (1時間タイプ)	市民税課税者	2,650 円	850 円
		市民税非課税者	3,350 円	150 円
		生活保護受給者	3,500 円	0 円
④	デイサービス型 (2時間タイプ)	市民税課税者	5,300 円	1,700 円
		市民税非課税者	6,700 円	300 円
		生活保護受給者	7,000 円	0 円
⑤	訪問型 (2時間タイプ)	市民税課税者	6,000 円	2,500 円
		市民税非課税者	8,000 円	500 円
		生活保護受給者	8,500 円	0 円

※宿泊型・デイサービス型（1日タイプ）は、1日あたりの金額とする。また、デイサービス型（1時間タイプ）、デイサービス型（2時間タイプ）、訪問型（2時間タイプ）は利用1回あたりの金額とする。