

様式第4号（第10条関係）

様式第4号（第10条関係）

<p>東村産後ケア事業償還払い申請書兼請求書</p> <p>東村長 宛</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
住 所	東村字	電 話	
利用者氏名 (申請者)	印	生年月日	年 月 日 (歳)
利用日	年 月 日	施設名	
口 座 振込先	銀行・金庫 組合・農協	本店 支店	口座番号
	別当 氏 名	1 普通 2 当座	
産後ケア事業の種類 <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型（6時間） <input type="checkbox"/> 通所型（3時間） <input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> その他			
所得区分 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
申請額（請求額） <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____ 円</div>			
領収証添付			

附 則