

（宛先）山形市長

〒

申請者（産婦）住所 山形市

フリガナ

氏名

電話番号（ ）

出産日 年 月 日

山形市産後ケア事業委託外事業者による産後ケア利用費用助成金交付申請書兼請求書

山形市産後ケア事業について、産後ケア利用費用助成金を交付されるよう、山形市補助金等の適正化に関する規則第5条の規定により、関係書類を添え申請します。

助成金は、次の口座に振り込んでください。

また、山形市が必要に応じ、この申請内容について医療機関等に照会すること及び私の住民基本台帳について調査することに同意します。

※裏面の注釈をお読みの上、太枠の中を御記入ください。

※交付の対象となる産後ケア事業は、事前申請のもと山形市産後ケア事業委託外事業者において利用したものです。

サービス	利用日	窓口負担額	(A) ー最低自己負担額	公費負担上限額 (裏面の注釈参照)	申請（請求）額
		(A)	(B)	(C)	(B) と (C) のうち少ない額
通所型・訪問型	年 月 日	円	円	円	円
通所型・訪問型	年 月 日	円	円	円	円
通所型・訪問型	年 月 日	円	円	円	円
申請（請求）金額の合計					円

助成金振込先									
金融機関名		預金種目	口座名義	口座番号					
銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	1.普通	フリガナ						
		2.当座 3.その他							

市記載欄

起案年月日		收受印
決定年月日		
通知年月日		
決定金額		
受給者番号		

- 注) 1 山形市外で自己負担により産後ケア事業乳房ケアを受けた場合に、サービス利用費用助成の申請及び請求ができます。
- 2 助成金の上限額は、下表のとおりです。
- 3 助成金の振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座を御記入ください。
- 4 助成金の申請期限は、産後ケア事業を利用した日の翌日から起算して6か月を経過した日が属する月の末日（その日が令和8年3月31日後である場合にあっては同日）までとなります。

サービスの種別	利用者が属する区分	公費負担上限額	最低自己負担額
乳房ケア（通所型）	I 市民税課税世帯	1回当たり 6,000 円	1回当たり 1,000 円
	II 市民税非課税世帯	1回当たり 6,500 円	1回当たり 500 円
	III 生活保護世帯	1回当たり 7,000 円	公費負担上限額を超えた額
乳房ケア（訪問型）	I 市民税課税世帯	1回当たり 6,500 円	1回当たり 1,500 円
	II 市民税非課税世帯	1回当たり 7,250 円	1回当たり 750 円
	III 生活保護世帯	1回当たり 8,000 円	公費負担上限額を超えた額

（添付書類）

- 1 事業者が発行した領収書（保険適用外の乳房ケア利用費用であり、その旨の記載があるもの）
- 2 診療明細書の写し
- 3 産後ケア事業利用日が記載されている母子健康手帳「産後ケアの記録」のページの写し

領収書を紛失した場合は、支払証明が必要になります。

以下の各項目を医療機関から記入してもらうようにお願いします。

医療機関・助産院の皆様へのお願い

この申請書は、山形市民が里帰り等により、全額自己負担で利用した産後ケア事業について、利用後に費用の一部又は全額を助成するための申請書です。

申請者からの依頼がありました際には、次の項目について御記入くださいますよう、よろしくお願いします。

医療機関記入欄	産後ケア実施事業者	産後ケア実施年月日	利用サービス
	医療機関等の名称及び所在地	年 月 日	乳房ケア（通所型） ・ 乳房ケア（訪問型）
	開設者又は病院長名	領収金額（保険適用外分）	
	印		
	電話番号		
			円

※ 医療機関等の名称及び所在地につきましては、スタンプを御利用願います。