様式第３号の２（第８条関係）

（保健サービス提供者 → 市町村提出用）

とやまっ子 子育て応援券 請求書（　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 |  | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |  |

　　　　　　　　　上記の金額を請求します。

　　　　　　　　　上記の請求金額を次の口座に振込願います。**（※ゆうちょ銀行への振込はできません。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　銀行　　　　　　　信金　　　　　　　信組農協 | 支店 | 当座　　　預金普通 | 口　座　番　号　（右づめ） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）（　　　　　）市町村長　様

〒　　　－　　　　　住　所

医療機関・助産所・歯科医療機関・産後ケア事業所

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

TEL　（　　　）　　　　－

内　訳　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供サービス | 利用人数 | 応援券単価① | 応援券利用枚数② | 応援券利用金額（①×②） |
| 任意の予防接種（インフルエンザ、おたふく風邪） |  | 500 |  |  |
| 乳児健康診査 |  | 500 |  |  |
| 母乳相談、母乳マッサージ、乳児の沐浴指導 |  | 500 |  |  |
| 産後ケア |  | 500 |  |  |
| フッ素塗布 |  | 500 |  |  |
| 合計 |  |  500 |  |  |

※当該月の請求は、翌月の１０日までに、所在市町村の児童福祉担当課又はジフテリア等法定の予防接種券の請求先に送付願います。

※添付書類：使用済み応援券（裏面に「利用年月日」、「受領機関（者）名」を記入）

※押印は、請求先市町村の財務規則等に応じて省略可能です。市町村にご確認ください。