

様式第1号(第4条関係)

小鹿野町母乳ケア補助金交付申請書

年 月 日

小鹿野町長 様

申請者 住 所 小鹿野町
氏 名
電 話

㊟

小鹿野町母乳ケア補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。
なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、住民基本台帳や受診した医療機関等に町が照会することに同意します。

ふりがな 産婦氏名		生年月日 .	年齢	
住所	〒 小鹿野町 電話番号			
ふりがな 子の氏名		出生年月日		年 月 日

利用日		医療機関 名称	
内容	①母乳相談 ②育児指導 ③その他 具体的な内容 ()		
請求金額	円 ※上限金額 10,000 円(税込)	支払い金額	円

助成金の交付は申請者名義の下記の口座に希望します。

振 込 先 金 融 機 関			
金 融 機 関 名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	支店 出張所	
口 座 番 号		種別	普通・当座
口 座 名 義	カタカナ		

※申請時は、母子健康手帳、印鑑、通帳を持参してください。