

様式第1号(第4条関係)

母乳ケア補助金交付申請書

年 月 日

小鹿野町長 様

住 所

氏 名

電話番号

母乳ケア補助金の交付を受けたいので、小鹿野町母乳ケア補助金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、母乳ケア補助金申請に当たり、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。

フリガナ 産婦氏名		生年月日 年 月 日	年齢	
住 所				
フリガナ 子の氏名		出生年月日	年 月 日	

利用日	年 月 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)	支払金額	円

補助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	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

申請時に母子健康手帳、通帳を持参してください。