

様式第 1 号 (第 5 条関係)

糸魚川市母乳相談費用助成金交付申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住 所 糸魚川市

氏 名

電話番号

糸魚川市母乳相談費用助成要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり糸魚川市母乳相談費用助成金の交付を受けたいので申請します。

なお、この申請に関し、私の住民登録について必要な調査をされること及び受診医療機関等へ照会することに同意します。

出 産 日		年 月 日			
受診医療機関名					
申請額	医療機関等への 支 払 済 額	1	年	月	日分 円
		2	年	月	日分 円
		3	年	月	日分 円
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協			本店 支店	預金 種別 普通・当座
	フリガナ				口座 番号
	口座名義人				

※提示書類：上記の支払済額が確認できる領収証及び明細書並びに母子健康手帳

- (注) 1 複数の医療機関分及び月分をまとめて申請できます。  
2 助成額は、1回の受診において上限 3,000 円です。