

様式第1号（第5関係）

南木曾町母乳相談等助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

南木曾町長 様

申請者	住所	南木曾町 (連絡先)		
	産婦氏名 (署名)		生年月日	年 月 日
	出産日	年 月 日	子の氏名	

南木曾町母乳相談等助成事業実施要綱の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請（請求）します。

記

母乳相談等	利用日		医療機関等名称	支払額
	1回目	年 月 日		円
	2回目	年 月 日		円
	3回目	年 月 日		円
支払額合計				円
申請額		※1回の相談等に対し上限額 3,300 円		円
振（申請者名義） 込先義	金融機関名			支店名等
	口座	種別		ふりがな 名義人
	番号			

※ 添付書類 母乳相談等に係る領収書及び診療明細書

私は、南木曾町母乳相談等助成金交付申請書の提出に際し、助成金の交付審査に必要な事項について、町が所有する個人情報を確認すること及び関係医療機関等へ照会することに同意します。

年 月 日 申請者（署名）

町処理欄