

記入時の 注意事項

系)

桐生市母乳外来助成金交付申請書

書類等を確認後記入していただくので
空欄のままをお願いします。

申請日		年	月	日	出産日	年	月	日
申請者	氏名				生年月日	年	月	日
	住所	〒376- 桐生市 町						
	電話番号							
医療機関名称					助成金申請額	円		
乳房マッサージを含む母乳育児指導を受けた日		1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	4回目 年 月 日	5回目 年 月 日		
助成金の振込先 (申請者の口座)		フリガナ 口座名義人						
		金融機関名	支店名	口座種別 普通	口座番号			

私は、桐生市母乳外来助成金の交付に必要な事項として、住民基本台帳の閲覧について確認することに同意します。

(添付書類:母乳外来の領収書)

自署氏名 _____

出産後3か月以内に利用した日にちを記入してください。
(なお、継続して利用している場合は3か月を過ぎていても大丈夫です。)

桐生市処理欄

受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
受付番号		交付	・ 不交付	円