

様式第1号(第5条関係)

桐生市母乳外来助成金交付申請書

(宛先) 桐生市長

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 _____

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