

## 母乳外来指導費用助成申請書兼請求書

大野市長 様

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて申請します。また、この申請内容を審査するために、市が申請者の住民登録情報を確認すること、必要があるときには下記事項について市が医療機関等に確認を行うことに同意します。

〈申請者〉

氏名

〒

住所

連絡先

内訳

※太枠のみ記入

利用日	内容	金額	上限額	申請額
			3,000円	
			3,000円	
			3,000円	
申請額合計				

振込先

金融機関名	
支店名	
区分	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義	(カタカナ)

### 【関係書類】

- 母乳外来等の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払い証明書等）
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）