

様式第1号(第4条関係)

横瀬町母乳育児(乳房ケア)相談費用助成金交付申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者 住 所
氏 名 ④
電話番号

横瀬町母乳育児(乳房ケア)相談費用助成金の交付を受けたいので、横瀬町母乳育児(乳房ケア)相談費用助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、申請内容を確認するため、町が保有個人情報を利用し、又は母乳育児(乳房ケア)相談を受けた医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

産 婦	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
子	氏 名		生年月日	年 月 日
母乳育児(乳房ケア) 相談を利用した期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
医療機関等の名称				
母乳育児(乳房ケア) 相談費用の合計額	円			
交付を受けようとする 助成金の申請額	円 ※ 上限10,000円			

- (1) 母乳育児(乳房ケア)相談を受けた医療機関等が発行した母乳育児(乳房ケア)相談の費用を支払ったことを証する書類を添付してください。
- (2) 出産の日から起算して12月以内に母乳育児(乳房ケア)相談を受け、出産の日から起算して18月以内に一括して申請してください。