

記入例

みどり市母乳育児助成金交付申請書

みどり市長

様

書類等を確認後に記入していただきますので空欄のままです。
※出産後6か月になるまでに申請をお願いします。

以下のとおり、みどり市母乳育児助成金の交付を申請します。
また、この申請に関し、審査に必要な情報について照会されることを承諾します。

申請年月日	年 月 日	出産年月日	令和2年 8月 10日		
申請者	氏名	群馬 みどり	生年月日	平成3年 3月 28日	
	住所	〒379-2313 みどり市 笠懸町鹿 1234-56 グリーンマンション A102号			
	電話番号	080 - 1234 - 5678			
助成金の申請額	円	医療機関等の名称	〇〇病院 〇〇クリニック		
母乳育児指導を受けた日	1回目 8月24日	2回目 9月1日	3回目 〇月〇日	4回目 □月□日	5回目 △月△日
助成金の振込先 (申請者の口座)	フリガナ	グンマ ミドリ			
	口座名義人	群馬 みどり			
	金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	
	みどり銀行	笠懸	普・当	9876543	

備考 領収書その他の母乳育児指導を受けるために要した費用として医療機関等に支払った額を証明する書類の写しを添付すること。

出産後4か月になるまでに利用した回数分の日にちを記入して下さい。