

播磨町乳房ケア費用助成申請書

ふりがな		生年月日	年	月	日
受診者名					
出産児名		出産日	年	月	日
受診年月日	年 月 日				
受診機関名					
申請額	乳房マッサージ及び授乳指導にかかった費用を申請してください。 円 （※上限額 4,000 円）				
播磨町乳房ケア費用助成事業実施要綱第4条の規定により、乳房ケア費用助成について別紙書類を添えて申請します。 播磨町長 様 年 月 日 郵便番号（675-01 ） 住 所 播磨町 請求者 (受診者) _____ ⑩ 電話番号（ - - ）					
下記のとおり口座振替により支払を依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なる場合は口座名義人に受領委託します。					
金融機関	銀行 信用金庫 農 協 ( )	本店 支店 出張所 ( )	名 義 人	フリガナ	
口座番号	1. 普通 2. 当座				



助成金の交付決定にあたり、住民基本台帳、領収書、その他必要な事項を確認することに同意します。

氏名（受診者） \_\_\_\_\_ ⑩

注意

- この申請書に次の書類を添付してください。  
①領収書（原本） ②母子健康手帳 ③振込先のわかるもの（通帳等）
- 申請手続の期限は、乳房ケア実施後3か月以内です。
- 申請金額は、支払った金額か4,000円のどちらか低い額になります。
- この助成は保険適用にならない乳房ケアが対象となります。保険を使用した場合は、助成の対象にはなりません。

支給予定日	支給決定額
年 月 日	円