様式第１号（第４条関係）

八潮市母乳育児支援給付金支給申請書

年　　月　　日

（宛先）八潮市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

次のとおり八潮市母乳育児支援給付金の支給を申請します。

なお、支給の可否の決定に当たり、八潮市母乳育児支援給付金の支給に関する要綱第２条に規定する事項に関する個人情報について照会することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 乳房ケアを  受けた日 | 年　　月　　日 | 医療機関・  助産院名称 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 子どもの氏名・出生日 | 氏名 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関 | 銀行　信金  農協　信組 | | 店  出張所 |
| 口座番号 |  | 口座名義  （カタカナ） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※処理欄 | 申請者が住民となった日 | 年　　　月　　　日 |

１　出産の日から１年以内に乳房ケアを受け、乳房ケアを受けた日から９０日以内に申請してください。

２　乳房ケアを受けた医療機関又は助産院が発行した領収書を添付してください。

３　処理欄は、記入しないでください。