

様式第1号（第4条関係）

吉田町乳房ケア費助成金交付申請書

年 月 日

吉田町長 様

申請者 住 所
(産婦) 氏 名
電話番号 ⑩

吉田町乳房ケア費助成金の交付を申請します。

乳房ケアを 受けた方の氏名					
生年月日		年 月 日			
乳房ケアを受けた 医療機関又は助産院の名称					
乳房ケアを受けた 医療機関又は助産院の所在地又は住所					
乳房ケアを受けた日		年 月 日			
(添付書類) 自己負担により医療機関又は助産院に支払った乳房ケア費用の領収書					
口座 振込先	金融 機関名	銀行 信金 農協	本店 支店 支所	口座 番号	普通 当座
カタカナ					
口座名義人					

※ この申請により取得した個人情報については、吉田町個人情報保護条例の規定に基づき、当該助成事務以外には使用しません。

※ 口座振込先の口座名義人は、必ず申請者(産婦)本人にしてください。

(注) 次の欄は、町が記入します。

交付決定額	円
-------	---