

子育て助成金申請書

			申請日	年	月	日
七ヶ宿町長 様 子育て助成金を申請します。 なお、この申請に基づく交付決定にあたり、確認等が必要な場合は受診医療機関等に問い合わせをすることに同意します。						
フリガナ			生年月日	昭和・平成	年	月 日
申請者氏名	印				年	月 日
住 所	〒 七ヶ宿町字					
電 話 番 号			携帯電話	—	—	

□ 1 か 月 児 健 診 費	乳児氏名			乳児生年月日	年	月 日
	1か月児健診受診日	年 月 日				
	受診医療機関名	TEL — —				
	申請金額	円	(内訳) 別添領収書等による			
□ 紙 お む つ 代	乳幼児氏名			乳幼児生年月日	年	月 日
	申請期間	年 月 ~ 年 月 ※助成対象者でなくなった場合は、その後の助成金は支給されません。				
	申請金額	月額 2,000円	(助成月数) 紙おむつ 1月2,000円× ___月			

※この申請書には、次の書類を添付してください。
 1か月児健診費 (1) 母子健康手帳(出産及び医師による1か月児健診の受診を確認できるもの)
 (2) 自費で健診を受診していることを確認できる領収書等

助成金の支払いを受ける振込口座を記入してください。

金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所			
口座種別	普通	口座番号				
フリガナ 口座名義人						