

別記様式第1号(第5条関係)

中之条町母乳相談等補助金交付申請書

年 月 日

中之条町長 様

申請者	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	対象児		生年月日	年 月 日 (か月)		
	住所	〒377- 中之条町大字 電話番号				
補助金申請額		円				
補助金の振込先 (申請者の口座)			銀行 農協 金庫 信用組合		本店 支店	普通 当座
	フリガナ	口座番号				
	口座 名義人					

【町税・住民登録の閲覧同意】

私は、中之条町母乳相談等補助金申請に必要な事項として「町税納入状況の閲覧」「住民登録の閲覧」について担当係員が調査閲覧することに同意します。

自署氏名 _____

(添付書類:母乳相談等の領収書)

※母乳相談等担当者様 申請者の状況について、下記事項の証明をお願いします

母乳相談担当者証明欄	上記申請者につきまして、乳房マッサージを含む母乳育児相談を実施しました。					
	1回目		2回目		3回目	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
母乳相談実施機関		所在地 名 称 担当者名(職種)				㊟

中之条町処理欄

受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
受付番号			交付・不交付	円
町税納入状況			住民登録	