

小野市乳房ケア費用助成請求書

金 円

乳房ケアにかかる費用の一部を請求します。
また、小野市から受領する金額は、下記の口座へ払い込みください。
《内訳》

利用内容	利用年月日
乳房ケア 1回あたりの費用の9割 100円未満切り捨て（上限額3,500円） ※生活保護・市民税非課税世帯は費用の全額（上限額4,000円）	
① _____円×9・10割×＝_____円	年 月 日
② _____円×9・10割×＝_____円	年 月 日
③ _____円×9・10割×＝_____円	年 月 日

小野市長 様

年 月 日

＜申請者＞ 〒 _____
住所 小野市

氏名（利用者本人） _____ ⑩

電話番号 （ _____ ）

振込指定口座

金融機関	銀行	本店	口座の種類	普通・当座・（ ）
	組合	支店		
	金庫	出張所	口座番号	
	農協	※ゆうちょは漢数字		
(フリガナ)				
口座名義人				

※ できる限り申請者の本人名義の口座をお書きください。
申請者以外の口座の場合は下記の「委任状」に記載・押印してください。

委任状	
(代理人) 住所 _____ 氏名（口座名義人） _____ 私は、上記の者を代理人と認め、産後ケア費用の受領に関する一切の権限を委任します。 小野市長 様 _____ 年 月 日 _____ 住所 小野市 _____ 氏名（利用者本人） _____ ⑩	
市処理欄	☐ 助成券添付 ☐ 領収書添付