

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。  
この申請書の提出により、住民情報及び課税状況について、照会・調査されることについて同意します。  
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） \_\_\_\_\_ 印

電話番号 （ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ）

振込指定口座

金融 機関	銀行 組合	本店 支店	口座の種類	普通・当座・（ ）						
	金庫 農協	出張所 ※ゆうちょは漢数字	口座番号							
(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、乳房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） _____ 印	
市処理欄	<input type="checkbox"/> 領収書添付