

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 金庫 農協	本店 支店 出張所 ※ゆうちょは漢数字	口座の種類	普通・当座・()						
			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

□領収書添付