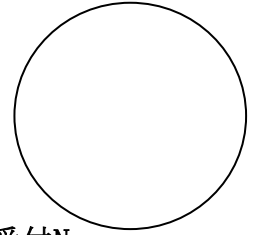


様式第1号（第5条関係）

三木市乳房管理指導等助成申請書



三木市長 様

受付No.

申請者住所 三木市

氏 名



産婦との関係（ ）

電話（ ）

次のとおり申請します。

太枠のみご記入ください

フリガナ 産婦氏名	①	生年月日 S H . .	年 齡	歳
住所	〒673- 三木市 電話番号（ ）			
フリガナ 子の氏名		出生年月日	H 年 月 日	
母子健康手帳 交付番号		出生時体重	g	第 子
出産施設名				
申請理由	1 乳房管理、授乳等の育児指導 2 その他(必要とする保健指導等—具体的に記入してください。)			
備 考 (母子の状態等)				
実施助産院等名				

注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳・印鑑を持参してください。

様式第3号（第6条関係）

三木市乳房管理指導等助成金請求書

次のとおり、関係書類を添えて三木市乳房管理指導等助成金を請求します。

申請者	産婦	氏 <small>（フリガナ）</small> 名		生 年 月 日	
		（ ）		昭和	
		印		平成	年 月 日生（ 歳）
	母子健康手帳交付番号				
	住所	〒673- 三木市		TEL	
請求額		金 _____ 円 (乳房管理指導等助成金は、1回2,000円を限度とし、5回までとする)			
年 月 日		三 木 市 長 様			
振込先	金融機関名	銀行		本店	
		金庫		支店	
		農協		出張所	
	預金種別	普通 当座	(<small>フリガナ</small>) 口座名義人		
	口座番号				(左詰記入)
備考					

注) 1 太枠の中をご記入ください。

受付印

2 口座名義人は申請者名義であること。

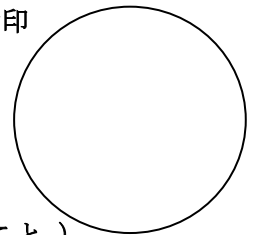
3 添付書類

(1) 助産院等の領収書（発行日と利用内容が記入されていること。）

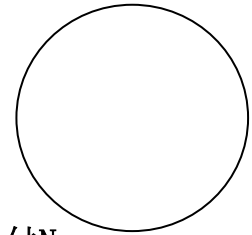
(2) 乳房管理指導等受診確認書（乳房管理指導等受診日が記載してあること。）

4 母子健康手帳・印鑑・振込先の通帳またはカードを持参してください。

受付No.



様式第4号（第6条関係）



三木市乳房管理指導等受診確認書

受付No.

フリガナ 産婦氏名	Ⓜ	生年月日 S H . .	年齢	歳
住所	〒673- 三木市 電話番号（ ）			
フリガナ 子の氏名		出生年月日	H 年 月 日	
母子健康手 帳交付番号		出生時体重	g	第 子
出産施設名				

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
利用日					
利用内容	乳房管理料	乳房管理料	乳房管理料	乳房管理料	乳房管理料
事業所名					
請求書 受理日					

- 注) 1 助成期間は、出産後12月以内です。
2 利用時は、この確認書を助産院等へ必ず提出してください。
3 助産院等は、利用日・内容・事業所名をご記入ください（太枠内）。
4 三木市より転出されますと利用できません。
5 入院中は利用できません。