

様式第1号（第7条関係）

三芳町育児支援・家事援助サービス利用費補助金交付申請書

年 月 日

（あて先）三芳町長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_（続柄）

電話番号 \_\_\_\_\_

三芳町育児支援・家事援助サービス利用費補助金交付要綱第7条の規定に基づき補助を受けたいので、次のとおり申請します。なお、補助金の支給の適性を審査するために、住民基本台帳を閲覧し、世帯状況を確認することに同意します。

フリガナ			
補助対象者氏名	生年月日	年 月 日	
分娩予定日 （又は出産日）	年 月 日	母子健康手帳 交付番号	
出産病院 （又は出産予定 病院）			
在胎週数 ※出産後の場合	週 日	出生体重 ※出産後の場合	グラム
住所	〒 _____		
補助対象者の 要件確認	①妊娠中又は産後3か月まで ②多胎妊娠中又は多胎児を出産後1年までの者 ③早産児又は低出生体重児を出産後1年までの者④その他町長が必要と認めた者 （概要 _____）		
申請者が 養育して いる子ど も		氏 名	生年月日
	1		年 月 日
	2		年 月 日
	3		年 月 日
4		年 月 日	

※補助対象者の氏名・住所・生年月日の確認できる書類（申請者確認用）

※母子健康手帳の写し（要件確認用）