

南九州市長 様

ミルク購入費助成金交付申請書兼請求書

南九州市ミルク購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

申請者名	印		生年月日	年 月 日
申請者住所	【電話番号】			
対象者氏名 (乳児)		生年月日	年 月 日	対象区分 (市記入欄) 双子 HTLV-1 HIV
対象者氏名 (乳児)		生年月日	年 月 日	
対象者氏名 (乳児)		生年月日	年 月 日	
母 親 氏 名		生年月日	年 月 日	
ミルク購入実績	購入月	購入額	決定額	備考
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	合 計	円	円	
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義
銀行	本店	普通		フリガナ
金庫	支店	当座		
農協	出張所			
上記受診費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。受任者 住所				
受任者 住所				
氏名 印 受診者との続柄				

処理欄(下枠内は記入不要)

決定年月日	年 月 日	支給決定額	円
-------	-------	-------	---

◎申請上の注意

- 申請者は、ミルク購入の領収書(宛名明記)の原本と内訳がわかるものを添付してください。
- HTLV-1又はHIVの抗体陽性がある方は、1の添付資料の他、①または②のいずれかの書類も提出して下さい。
 - 鹿児島県 HTLV-1 等母乳を介する母子感染対策推進事業実施要綱第5条の規定による助成決定を受けた者は、助成決定通知書の写し
 - 鹿児島県 HTLV-1 等母乳を介する母子感染対策推進事業実施要綱第5条の規定による助成決定を受けていないが、HTLV-1又はHIVの抗体が陽性であることが確認できる書類の写し
- 申請については、対象者が1歳の誕生日から起算して6月以内に請求して下さい。