

様式第1号（第5条関係）

豊明市多胎妊娠の妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

豊明市長 殿

申請者

住所

氏名

電話

豊明市多胎妊娠の妊婦健康診査費助成金交付実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

※太枠内をご記入ください。

ふりがな				生年月日	年 月 日
受診者 氏名					
内訳	多胎 助成回数	受診日	受診費用 (A) 円	助成限度額 (B) 円	助成金額 (A)と(B)のうち低 い金額 円
	①				
	②				
	③				
	④				
	⑤				
助成金交付決定金額（合計請求額）					

振込先	金融機関名	銀行 農業協同組合 信用金庫			本店 支店 出張所	店番号
	口座番号	普通・当座				
	(フリガナ)					申請者との続柄
	口座名義人					

- 添付書類 ①領収書（妊婦健康診査に要した費用の分かるもの）
②母子健康手帳の健康診査の記録が記載されているページの写し

※すべての健康診査を受け終えた月の末日から起算して1年以内に請求ください。