

上市町多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

上市町長 宛て

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

上市町多胎妊婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、上市町多胎妊婦健康診査費助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

なお、この申請にあたり、当該助成金の交付の適否の審査に必要な範囲内において、上市町が保有する情報について調査すること及び医療機関等に問い合わせその内容について確認することに同意します。

1 申請及び請求額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 助成金内訳

種別	健診実施日	健診費用支払額 ①	助成金上限額 ②	助成金申請額 ①又は②のいずれか低い額
第1回	年 月 日	円	5,000円	円
第2回	年 月 日	円	5,000円	円
第3回	年 月 日	円	5,000円	円
第4回	年 月 日	円	5,000円	円
第5回	年 月 日	円	5,000円	円
合計額				円

3 振込先（申請者本人名義の振込先・口座をご記入ください。）

金融機関	銀行	支店出張所	口座種別	普通・当座					
	信用金庫		口座番号						
	農協								
口座名義人	フリガナ								

4 添付書類

- (1) 領収書の原本
- (2) 母子健康手帳
- (3) 振込先の銀行口座が分かるもの（通帳の写し等）