

年 月 日

国分寺市長 殿

国分寺市多胎妊婦健康診査受診費助成金交付申請書

申請者 住所

氏名

印

電話

続柄 【 】

多胎児の妊娠のため、医療機関又は助産所で妊婦健康診査を受診し、受診費用を負担したので、国分寺市多胎妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第4条の規定により下記のとおり国分寺市多胎妊婦健康診査受診費助成金の交付を申請します。

また、この申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

フリガナ		対象妊婦 住所	国分寺市	
対象妊婦 氏名				
フリガナ				
対象新生児 氏名				
区分	受診年月日	受診機関名	受診機関の所在地	自己負担額
妊婦健康診査 15回目以上	回目			円
	回目			円
	回目			円
	回目			円
	回目			円

(注) 添付書類

- ①多胎に係る全ての児の母子健康手帳の表紙及び妊婦健康診査の受診記録が記載されている箇所の写し
- ②妊婦健康診査を受診した医療機関又は助産所が発行した領収書の写し
- ③その他市長が必要と認める書類

助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号				支店番号				口座種別			
1 銀行 3 農協 5 その他				1 本店 3 出張所				1 普通 2 当座			
2 信金 4 信組				2 支店							
口座番号 (右詰め)				口座名義							
				フリガナ							