

別記様式（第4条）

栄町多胎妊婦健康診査費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

栄町長 様

申請者 住所
 (助成対象者) 氏名
 電話番号

多胎妊娠に伴い、妊婦一般健康診査を町の規定する回数を超えて健康診査を受診しましたので、栄町多胎妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請の上、請求します。

1 健康診査受診状況

対象者 (妊婦)	ふりがな 氏名				
	生年月日				
	受診時住所				
受診医療機関	医療機関名				
	所在地住所				
受診日					
支払金額					
*助成申請額					

*助成申請額は、記入しないでください。

2 振込先

金融機関	銀行・信金 信組・農協	本店・支店 本所・支所				
預金種目	1 普通	2 当座	口座番号			
フリガナ						
口座名義人						

3 添付書類

- (1) 健康診査に係る領収書
 - (2) 母子健康手帳（健康診査を受けたことを記載した部分に限る。）の写し
 - (3) 預金通帳の写しその他の助成金の振込先として指定する金融機関の口座を確認することができる書類
 - (4) その他町長が必要と認める書類
- ()