

様式第 1 号（第 6 条関係）
幸手市多胎妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 幸手市長

幸手市多胎妊婦健康診査助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。
なお、私はこの申請に基づく助成金の交付決定にあたり確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

1 申請者

フリガナ			生年月日
申請者氏名 (妊産婦本人等)			年 月 日
現住所	〒 幸手市		
電話番号			
受診した 医療機関等	名称	電話番号	
	住所 〒		
妊婦健康診査	受診日	助成限度額	申請金額
	年 月 日	5, 000円	円
	年 月 日	5, 000円	円
	年 月 日	5, 000円	円
	年 月 日	5, 000円	円
	年 月 日	5, 000円	円
	合計金額		円

2 振込先 申請名義人(妊産婦本人等)の金融機関を指定して下さい。

金融機関名	銀行 信用金庫 組 合						店名	本店 支店 出張所
口座番号							預金の種別	1 普通 2 当座
口座名義人	フリガナ							

- ※ 添付資料
- 1 妊婦健康診査を受診結果が記載された母子健康手帳の写し
 - 2 受診した機関が発行した領収書又は当該領収書の写し（その他受診に際し、負担した費用の額を確認することができる書類）