

いの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

いの町長 様

いの町多胎妊婦健康診査費助成金交付要綱第5条に基づき関係書類を添えて申請します。
また、町が医療機関等に対し、下記の申請に必要な情報について照会することに同意します。

申請者名	印		受診者との 続柄		
受診者名			受診者の 生年月日	年 月 日	
住所	いの町		電話番号		
健診を受けた 医療機関等	医療機関名： 所在地：				
健診日(週数)	健診に要 した費用	助成決定額 (町記入欄)	健診日(週数)	健診に要 した費用	助成決定額 (町記入欄)
年 月 日(週)	円	円	年 月 日(週)	円	円
年 月 日(週)	円	円	年 月 日(週)	円	円
年 月 日(週)	円	円			
振込指定金融機関名等					
金融機関名	銀行・農協 金庫・組合		支店名等	支店番号	
口座の種類	普通・当座・貯蓄・その他()		(フリガナ)		
口座番号			口座名義人		
助成決定合計額 (町記入欄)	円		※口座名義人：妊婦健康診査受診者		

- 添付書類： (1) 医療機関等が発行する領収書の写し
(2) 母子健康手帳の多胎妊娠であること及び自費追加健診の結果が確認できるページの写し