

# 諫早市多胎妊婦の妊婦健康診査に係る助成金交付申請書

年 月 日

諫 早 市 長 様

申請者の住所 諫早市

申請者の氏名

多胎妊婦健康診査を受診したので、諫早市妊産婦乳幼児健康診査実施規程第33条第2項の規定により関係書類を添えて申請します。なお、この健診結果が、健診事後指導や医学的な統計に使用されることに同意します。

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
受診者氏名			出産(予定)日	年 月 日		
住 所	〒 諫早市			TEL	( )	
健診回数	今回請求する回数に○を付け、その受診日を記載してください。					
	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	3回目	年 月 日
	4回目	年 月 日	5回目	年 月 日		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座
	フリガナ			口座番号		
	口座名義人					

\*本申請が承認された場合は、上記口座(申請者名義)に振り込んでください。

## 【請求内訳】

(単位：円)

区 分	ア 領収金額	イ 支給限度額	請求額 (アとイのうち少ない額)	区 分	ア 領収金額	イ 支給限度額	請求額 (アとイのうち少ない額)
1回目		5,000		2回目		5,000	
3回目		5,000		4回目		5,000	
5回目		5,000					
						総合計	

\*(添付書類)・領収書(原本又は写し)

・該当する受診結果が記載された母子健康手帳の写し

\*(注)受診した日から1年以内に、1回分又は数回分をまとめて申請ください。

領収書添付欄