

### 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 諫早市東小路町7番1号

申請者の氏名 諫早 花子

申請者と受診者が異なる場合は、委任状又は関係を証明する書類が必要です。

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	イサハヤ ハナコ		生年月日	昭和・平成 1年4月5日 (33歳)						
受診者氏名	諫早 花子		出産(予定)日	令和4年 5月22日						
住 所	〒854-0014 諫早市 東小路町7番1号	住民票上の住所	TEL	( 0957 ) 22-0000						
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	2022年10月1日	2回目	2022年10月20日	3回目	2022年11月1日				
	4回目	2022年11月20日	5回目	年 月 日						
振込先	金融機関名	諫早	銀行	諫早	本店	預金種別	普通・当座			
	フリガナ	イサハヤ ハナコ	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
	口座名義人	諫早 花子	口座名義と受診者が異なる場合は、委任状が必							
*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】		妊婦健診に要した費用のみ記入 (医療保険を使った治療費は含まない)				(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)	金額を間違っ た場合は、書 き直してくだ さい。 (修正不可)		
1回目	6,000	5,000	5,000	2回目	5,000	5,000	5,000			
3回目	4,000	5,000	4,000	4回目	5,000	5,000	5,000			
5回目		5,000								
総合計							19,000			
*(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