

菰野町多胎妊婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

菰野町長宛

申請者（受診者）

住 所 菰野町

氏 名 印

電 話 ー

菰野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、妊婦一般健康診査に係る助成金の交付を下記のとおり申請します。

記

1、請求明細（太線の枠内のみ記載）

受診回数	受診年月日	妊婦健診費用	受診医療機関等	助成額
第1回	年 月 日	円		円
第2回	年 月 日	円		円
第3回	年 月 日	円		円
第4回	年 月 日	円		円
第5回	年 月 日	円		円
			助成額合計（請求額）	円

2、振込先（申請者が口座名義人のもの）

振込口座	農協・信用組合 支店		種別	当座・普通
口座番号	右	づ め	ふりがな	
			口座名義人	

- (1) 助成金の交付申請は、出産の日の翌日から起算して1年以内に行うこと。
- (2) 助成金の額は、菰野町多胎妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第3条に規定する額とする。
- (3) 添付書類
 - ア. 妊婦健診を受けた医療機関等が発行する領収書（あれば 菰野町受付印）
診療明細書）の原本
 - イ. 母子健康手帳の一部の写し（多胎妊娠及び妊婦健診結果が確認できるもの）
 - ウ. 通帳又は振込先がわかるものの写し