

様式第8号（第9条関係）

遠野市多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

遠野市長 様

申請者 氏
住所
氏名
電話番号

多胎妊娠に伴い妊婦一般健康診査の受診回数が市の規定する回数を超えて受診したため、関係書類を添えて、下記のとおり多胎妊婦健康診査費助成金の交付を申請します。

記

交付申請額	円			(太枠の中を御記入ください。)
受診した 医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
受診年月日	健診料金 (ア)	助成限度額 (イ)	支給決定額 (ア)と(イ)の うち少ない方	
年 月 日	円	5,000円	円	
年 月 日	円	5,000円	円	
年 月 日	円	5,000円	円	
年 月 日	円	5,000円	円	
年 月 日	円	5,000円	円	
合計			円	

助成金の振込み先

金融機関名	銀行・農協・金庫・組合		支店名	本店・支店
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ 口座名義人				

※1 添付書類

- (1) 健康診査における医療機関の発行する領収書及び受診項目が記載されている書類（写し）
- (2) 母子健康手帳の写し（出生届出済証明、妊娠中の経過及び出産の状態）
- 2 母子健康手帳と振込先の預金通帳を持参してください。
- 3 口座名義人は、申請者としてください。