

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

小国町長 様

小国町多胎妊娠の妊婦健康診査受診費助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、小国町多胎妊娠の妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて交付申請します。

ふ り が な				生 年 月 日		年 月 日			
受 診 者 氏 名				⑤					
※本人自署の場合押印不要									
受 診 者 住 所				電 話 番 号					
申 請 (請 求) 内 容	妊婦健診受診回数	受 診 年 月 日		支 払 額		決 定 額		備 考	
	第1回(15回目)	年 月 日		円		円			
	第2回(16回目)	年 月 日		円		円			
	第3回(17回目)	年 月 日		円		円			
	第4回(18回目)	年 月 日		円		円			
	第5回(19回目)	年 月 日		円		円			
	合 計			円		円			
振 込 先		本・支店名		種別		口座番号		口 座 名 義	
銀行		本店・支店		普通				フリガナ	
金庫		本所・支所		当座				-----	
農協		出張所・代理店							
上記受診費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。									
受任者 住所									
氏名 ⑤ 受診者との続柄									

処理欄(下枠内は記入不要)

決定年月日	年 月 日	支給決定額	円
-------	-------	-------	---

◎申請上の注意

- この申請書は、小国町民の方で、多胎妊娠の妊婦健康診査を受診された方が妊婦健診費用の助成を受けるための書類です。
- 申請の際は、この申請書に医療機関発行の多胎妊婦健診に係る領収書および明細書、母子健康手帳の妊娠中経過の写しを添付してください。
- 受診費に係る助成の申請は、多胎妊婦健診を受診した日から起算して1年以内に一括して申請してください。