様式第１号（第５条関係）

士別市多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

年　　月　　日

士別市長　　様

申請者氏名

多胎妊婦健康診査費の助成につき、次のとおり関係書類を添付のうえ申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊婦氏名 | |  | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | | 電話 | |  | |
| 申　請　額 | 健診受診日 | | | 健診額（A） | | | 助成上限額（B） | | | | 助成金申請額(A)と（B)といずれかの少ない額 |
| 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 |
|  | 助成金申請額　合計 | | | | | | | | | | 円 |
| 振込口座 | 金融機関名 | |  | | | 支店名 | | |  | | |
| 口座種別 | | 普通　・　当座 | | | 口座番号 | | |  | | |
| （ふりがな）  口座名義人 | |  | | | | | | | | |

《添付書類》

　・健康診査の領収書の原本

《持参するもの》

・母子健康手帳

　・振込口座の口座番号がわかるもの（通帳等）