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）