

多胎妊婦健康診査費助成申請書兼請求書

年 月 日

田村市長 様

田村市妊婦健康診査助成事業実施要綱第 10 条第 1 項の規定に基づき、助成金の交付を申請(請求)します。

申請者 (健診受診者)			⑩	生年月日	年 月 日
住所	田村市				
連絡先	()				
振込先	金融機関名		支店名		口座番号
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店(所) <input type="checkbox"/> 支店(所) <input type="checkbox"/> 出張所		
	口座 名義人	フリガナ 氏 名			

妊婦健康診査 受診年月日	妊娠週数	自己負担額 (保険診療分を除く)	助成額 (市記入欄)
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
年 月 日	週	円	円
		合計	円

承認・不承認
決定年月日 年 月 日

注) 太枠にご記入ください。

- ・口座名義人は申請者(妊産婦本人)と同一としてください。
- ・医療機関発行の領収書(妊婦健診の費用がわかるもの)と母子健康手帳をご提示ください。
- ・助成金額は、医療機関等に支払った全額ではなく、助成の対象となる健診内容について定められた上限額と自己負担額を比較して少ない方の金額になります。
- ・申請書類の不明な点は、受診した医療機関に確認しますのでご了承ください。