

菊陽町多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

菊陽町長 様

多胎妊娠に伴い、妊婦健康診査の受診回数が町の規定する回数を超えましたので、関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。

記

申 請 者									
住 所 菊陽町									
氏 名									
母子健康手帳No.									
電話番号									
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合				本 店 支店・支所 出張所			
	預金種別	普通 当座	口座番号						
	(フリガナ)								
	口座名義人								
申 請 額 (合 計)		金 円		助 成 額 (合 計)		金 円			
内 内 内 内 内	第1回	金 円		内	第1回	金 円			
	第2回	金 円			第2回	金 円			
	第3回	金 円			第3回	金 円			
	第4回	金 円			第4回	金 円			
	第5回	金 円			第5回	金 円			

注)太枠の中を御記入ください。

(申請に必要な書類)

- 1 医療機関等が発行した領収書及び明細書
- 2 多胎に係る全ての母子健康手帳の表紙及び妊娠中の経過欄の写し
- 3 通帳又はキャッシュカード