

第1号様式（第5条関係）

長久手市多胎妊娠の妊婦健康診査受診交付申請書兼請求書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 氏
住所

氏名

電話番号

長久手市多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業実施要領第5条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を請求します。

記

※太枠内をご記入ください。

ふりがな				生年月日	年 月 日
受診者 氏名					
内訳	多胎 助成回数	受診日	受診費用 (A) 円	助成限度額 (B) 円	助成金額 (A)と(B)のうち低 い金額 円
	①				
	②				
	③				
	④				
	⑤				
助成金交付決定金額（合計請求額）					

振込先	金融機関名	銀行 農業協同組合 信用金庫			本店 支店 出張所	店番号
	口座番号	普通・当座				
	(フリガナ)					申請者との続柄
	口座名義人					

- 添付書類 ①領収書及び明細書（妊婦健康診査に要した費用の分かるもの）
②親子健康手帳の表紙及び健康診査の記録が記載されているページのコピー

※受診した日の属する月の翌月から起算して1年以内に長久手市福祉部健康推進課に提出してください。