

羽村市多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

羽 村 市 長 宛

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____

羽村市多胎妊婦健康診査費助成金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、申請内容の審査に当たり、確認が必要な場合は、受診した健診医療機関等に健診の内容及び費用について問い合わせることに同意します。

記

対象妊婦氏名						
助 成 対 象 健 診	健診回数	健診年月日	健診医療機関等名	健診費用 (A)	助成限度 額 (B)	支給額 (A) 又は (B) のうち いずれか低い 方の金額
	15 回目	年 月 日		円	5,000 円	円
	16 回目	年 月 日		円	5,000 円	円
	17 回目	年 月 日		円	5,000 円	円
	18 回目	年 月 日		円	5,000 円	円
	19 回目	年 月 日		円	5,000 円	円
	合計	回				円

【添付書類】

- 1.母子健康手帳の写し
□表紙 □「妊娠中の経過」が記載されているページ
- 2.妊婦健診の費用として支払った額を証する書類の写し
□医療機関等が発行した妊婦健診（15 回目から 19 回目）の「領収書」
□医療機関等が発行した妊婦健診（15 回目から 19 回目）の「診療明細書」

羽村市多胎妊婦健康診査費助成金口座振込依頼書

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関	店 番 号	口座番号（普通口座）
銀行 本店		
信用金庫	口座名義	
農協 支店	(カカナ)	

※口座は、申請者名義のものに限ります。