

様式第1号（第4条関係）

多気町多胎妊婦健康診査費助成申請書兼請求書

申請日 年 月 日

(あて先) 多気町長 様

住所 多気町

申請者 氏名

電話番号

多気町多胎妊婦健康診査費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。
また、この助成の決定に関する事務手続きの処理のため、多気町が住所、受診状況等について
関係機関に照会し、取得すること及び関係機関が多気町からの照会に対し回答し、及び報告す
ることに同意します。

記

健診受診日	受診した医療機関等に支払った額	助成上限額	申請額	※ 助成決定額 (記入しないでください)
年 月 日 (1回目)	円	5,000円	円	円
年 月 日 (2回目)	円	5,000円	円	円
年 月 日 (3回目)	円	5,000円	円	円
年 月 日 (4回目)	円	5,000円	円	円
年 月 日 (5回目)	円	5,000円	円	円
合計	円		円	円

振込先 (原則として、申請者の口座を指定してください。)

振込先	銀行 信用金庫 農協	店名	本店 支店 出張所
種別	普通・総合・当座	口座番号 ※右づめで記入	
	フリガナ		
	口座名義人		

関係書類 母子健康手帳の写し

受診に係る領収書の原本