

多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金支給申請書

令和 年 月 日

(あて先)小松市長

申請者 住所 〒

氏名

(口座名義人と同一)

電話番号

関係書類を添え下記のとおり、多胎妊娠の妊婦健康診査費用の助成を申請します

	(フリガナ) 受診者氏名	生年月日
妊産婦	()	昭和 年 月 日 平成
乳児	()	令和 年 月 日
	()	
支給申請額	円	
個人情報の確認に対する同意	本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳の閲覧、受診内容を医療機関に確認することに	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

振込先

金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合 支所		
	種別	普通・当座	口座番号
ゆうちょ銀行 (通帳の写しを添付)	ゆうちょ銀行	預金種目	店名・店番
	9 9 0 0	普通・当座	通帳番号(右詰めでお書きください)
口座名義人	氏名	カナ氏名	

備考

- 1 妊婦健康診査として発行した妊婦健診料がわかる領収書・明細書を添付してください。
- 2 母子健康手帳を提示してください。
- 3 出産日から1年以内に申請してください。