

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

小松市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請回数	初回・()回目	
妊産婦	(ふりがな 受診者氏名)	生年月日
	()	昭和 年 月 日 平成
出産日 または 出産予定日	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	通帳番号(右詰めでお書きください)			
	9 9 0 0	普通・当座					
口座名義人	氏名			カナ氏名			

備考

- 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。
- 母子健康手帳を提示してください。(胎児の人数分)
- 出産日又は、最後に健診をした日のいずれか遅い方から1年以内に申請してください。