（表）

様式第１号（第４条関係）

羽生市多胎妊娠の妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）

羽生市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

申請者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

次のとおり、羽生市多胎妊娠の妊婦健康診査費助成金交付実施要綱第４条第１項の規定により、必要書類を添え、申請及び請求をします。

なお、私は、この申請に基づく助成金の交付の決定に当たり、確認等が必要な場合には、妊婦健診を実施した医療機関に問い合わせることに同意します。

**１　申請者及び請求者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日　　　　　　　　 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | 出産日 | 　　年　　月　　日　　　　　　　　 |
| 提出書類 | ※提出書類を確認し、☑してください。□申請者の本人確認書類の写し□母子健康手帳の写し（妊娠中の経過のページ）□妊婦健診を実施した医療機関が発行した領収書等（原本）□受診した妊婦健診の項目を確認することができる書類□振込口座の確認できる書類の写し |

裏面も必ずご確認ください。

（裏）

**２　振込口座（申請者及び請求者の振込口座）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 | 本・支店名 | 分類 | 口座番号 | （フリガナ）口座名義 |
|  |  | 1.普通2.当座 |  |  |
|  |
| ゆうちょ銀行 | 記号 | 番号 | （フリガナ）口座名義 |
|  |  |  |
|  |

※ゆうちょ銀行を選択される場合は、通帳見開きの上部に記載されている記号番号を記入してください。

**３　妊婦健康診査受診報告**

　妊婦健康診査助成券１４回を超えて受診した妊婦健診について、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診日 | 支払額（申請額） | 助成限度額 | 交付決定額（※市記入） |
| 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |