

(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、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し (妊娠中の経過のページ) <input type="checkbox"/> 妊婦健診を実施した医療機関が発行した領収書等 (原本) <input type="checkbox"/> 受診した妊婦健診の項目を確認することができる書類 <input type="checkbox"/> 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