

行田市多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

行田市長

行田市多胎妊婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、行田市多胎妊婦健康診査費助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、医療機関への照会）に係る調査について同意します。また、偽りその他不正の手段により助成を受けた場合は、助成金を返還します。

ふりがな				生年月日	年	月	日
申請者氏名 (妊産婦本人等)							
住 所	〒 ー 行田市 電話番号：						
受診医療機関	医療機関名： 電話番号：						
多胎妊婦健康診査	受診日	申請金額 (上限 5,000 円)		受診日	申請金額 (上限 5,000 円)		
	年 月 日	円		年 月 日	円		
	年 月 日	円		年 月 日	円		
	年 月 日	円					
添付書類 (□に✓を付けてください。)	☐ 医療機関が発行した多胎妊婦健康診査に要した費用の領収書及び診療明細書 ☐ 受診日及びその結果が記載された母子健康手帳の写し（医療機関記載） ☐ 助成金の振込希望先の口座名義及び口座番号が分かるものの写し ☐ その他（ ） ※申請の際は、領収書及び母子健康手帳の原本を持参してください。						
受診日以降の 転出	無 ・ 有	申請日現在の住所	受診日以降の転出が有の方のみ 〒				
申請日： 年 月 日 申請者（請求者）氏名							

助成金は、次の口座に振り込んでください。（申請者本人の口座に限る。）

口座振込記入欄	金 融 機 関 名		本 ・ 支 店 名		種 別		
					1 普 通 2 当 座		
	金融機関コード		店舗コード		口 座 番 号		
	フリカナ			検 収		債権者コード	
	口座名義			年 月 日 印			

市要件確認	☐ 受診日の住所地	☐ 出産日から 6 月以内の申請
-------	----------------------------------	---