

愛川町多胎妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

愛川町長 殿

愛川町多胎妊婦健康診査費用助成金交付要綱第5条に基づき、必要書類を添えて次のとおり申請します。

(フリガナ)				生年月日	年 月 日 (歳)	母子健康手帳 No.
氏名						
住所	〒 ー 愛川町		電話番号	()		
申請する妊婦健康診査の受診日とその費用						
回数	受診日	費用	助成上限額	助成申請額		
15回目	年 月 日	円	5,000円	円		
16回目	年 月 日	円	5,000円	円		
17回目	年 月 日	円	5,000円	円		
18回目	年 月 日	円	5,000円	円		
19回目	年 月 日	円	5,000円	円		
申請額	円 ※1回5,000円を上限に妊婦健康診査にかかった費用を助成します。助成の対象となる費用を足し合わせた額を申請してください。		申請歴	該当するものをレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> あり (年 月 日に (分) を申請) ※今回の妊娠において、すでに妊婦健康診査費用の助成を申請されたことがある場合、前回の申請情報を記入してください。 <input type="checkbox"/> なし		
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店・支店 支所・出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号	⋮	⋮	⋮
	フリガナ 口座名義					
同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住民基本台帳を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。 氏名 _____					

(以下は記入しないでください。)

申請書受理年月日	年 月 日	申請番号	
愛川町への住民登録日	年 月 日	申請の妊婦健康診査受診日に愛川町に住所を有している。	