

様式第1号（第5条関係）

春日部市多胎妊婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

春日部市長 あて

住所
申請者 氏名 印
電話

次のとおり、春日部市多胎妊婦健康診査費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により、必要書類を添えて申請及び請求します。

なお、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、市が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

1 受診者

氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		出産日	年 月 日		
振込先口座	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 普通・当座			
	<input type="checkbox"/> 口座名義人	フリガナ		口座番号		

2 妊婦健康診査受診報告

妊娠検査助成券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	助成限度額	申請金額
年 月 日	5,000円	円
年 月 日	5,000円	円
年 月 日	5,000円	円
年 月 日	5,000円	円
年 月 日	5,000円	円
合計金額		円

3 添付書類

- 母子健康手帳の写し（出生届出済証明及び妊娠中の経過のページ）
- 妊婦健康診査を実施した医療機関等が発行した領収書等（原本）
- 受診した妊婦健康診査費用の額を確認できる明細書等