

<記入例>

様式第1号（第5条関係）

大野城市多胎妊婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

大野城市長 宛

- ※1 提出する日を記入
- ※2 申請者＝妊婦健診受診者の氏名を記入
- ※3 押印が必要
- ※4 屋間に連絡のとれる連絡先を記入

※1
〇〇年〇〇月〇〇日

申請者

住所 大野城市〇〇〇〇〇〇

※2 氏名 大野 まどか 印 ※3

※4 電話番号 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

大野城市多胎妊婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、大野城市多胎妊婦健康診査費用助成金交付要綱（令和5年要綱第48号）第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 助成金交付申請額

※5

円

2 申請に係る受診回数

回

※5 <ご注意ください>
助成の対象となる検査項目は決まっています。また、助成額には上限があります。
申請額、受診回数に誤りがあると再度提出していただく必要がありますので、不明な場合は空欄のまま提出してください。

3 助成金振込先 ※6

金融機関名	〇〇〇〇	銀行 農協 信金・信組 労金	〇〇〇〇	本店 支店 出張所
預金種別	普通	・ 当座	・ その	
口座番号	〇〇〇〇〇〇			
口座名義	フリガナ オオノ マドカ			
	大野 まどか			

※6 振込先は、**申請者本人名義の口座**を記入してください。申請者以外の口座を指定する場合は、委任状が必要です。
振込先がゆうちょ銀行の場合は、通帳2ページ目の『振込用の店名（漢数字）・預金種目・口座番号』をご記入ください。

4 添付書類

- (1) 医療機関又は助産所発行の領収書の写し
- (2) 母子健康手帳の妊婦健康診査結果記録の写し
- (3) 妊婦健康診査受診券の全ての本人控えの写し

