

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

年 月 日

大野城市長 宛

申請者

住所

氏名

印

電話番号

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 円

2 申請に係る受診回数 回

3 助成金振込先

金融機関名	銀行・農協 信金・信組 労金	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）	
口座番号		
口座名義	フリガナ	

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