

多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

宍粟市長 様

多胎妊婦健康診査費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな			生年月日
	氏 名			年 月 日
	住 所			
	電話番号			
母子健康手帳番号		・		
母子健康手帳発行日		年 月 日		
母子健康手帳発行市町村名（転入の場合のみ）				
受診医療機関名				
受診医療機関住所				
助成券使用済枚数		多胎用10,000円助成券 枚		
助成対象受診回数		回		
振込先	金融機関名	銀行・信組 信金・農協		本店 支店・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			
助成金申請額		円（上限5万円）		

この申請書の提出により、上記振込先への振込に同意したものとみなします。

（申請者本人名義以外の口座の場合）

妊婦健康診査費助成金の受領を上記口座名義人に委任します。

【申請者氏名】 _____ 印