

羽幌町多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

羽幌町長 様

申請者氏名

多胎妊婦健康診査費の助成につき、次のとおり関係書類を添付のうえ申請します。

妊婦氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）	
住 所			電話	
申 請 額	健診受診日	健診額（A）	助成上限額（B）	(A)と(B)といずれかの少ない額
	年 月 日	円	5,000 円	円
	年 月 日	円	5,000 円	円
	年 月 日	円	5,000 円	円
	年 月 日	円	5,000 円	円
	年 月 日	円	5,000 円	円
	助成金申請額 合計			
振 込 口	金融機関名		支 店 名	
座	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(ふりがな)			
	口座名義人			

《添付書類》

- ・健康診査の領収書（写し可）

《持参するもの》

- ・母子健康手帳
- ・振込口座の口座番号がわかるもの（通帳等）