

様式第1号（第4条関係）

みやこ町多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

みやこ町長 様

みやこ町多胎妊婦健康診査費助成事業実施要綱第4条の規定により、助成金の交付を申請します。

※太枠内を御記入ください。

ふりがな				生年月日	年 月 日
申請者氏名					
住 所	みやこ町			電話番号	
妊婦健診を受けた医療機関等	医療機関名： 所在地：			母子健康手帳 交付番号	NO. NO. NO. NO.
内 訳	多胎 助成 回数	受診日	受診費用 (A) 円	助成限度額 (B) 円	助成金額 (A) と (B) のうち 低い金額 円
	①				
	②				
	③				
	④				
	⑤				
助成金申請金額					

備考

- 妊婦健診料及び内容が分かる領収書の写し又は医療費明細書を添付してください。
(受診回数が14回を超えている15回以上の受診分)
- 母子健康手帳中「妊娠中の経過」のコピーを添付してください。
- 助成金の支給は、最終の妊婦健診の受診日から1年以内に申請してください。