

様式第2号（第12条関係）

令和 年 月 日

（宛先）春日市長

申請者 住所

（受診者）氏名

電話番号（ ） ー

春日市多胎妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

春日市多胎妊婦健康診査助成金の交付を受けたいので、春日市多胎妊婦健康診査実施要綱第12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

※太枠は市で記入します。

健康診査	受診日	妊婦健診額 (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)と(B)でいずれか少ない額
1回目	年 月 日	円	5,100円	円
2回目	年 月 日	円	5,100円	円
3回目	年 月 日	円	5,100円	円
4回目	年 月 日	円	5,100円	円
5回目	年 月 日	円	5,100円	円
合計				円

2 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関コード		店番		本店 支店 所
銀行				
種目（番号を○で囲んでください。）		口座番号（右詰めで記入してください。）		
普通	当座			
口座名義人	(フリガナ)			

3 添付書類

- (1) 自己負担した健診料に係る領収書（健診料の額がわかる診療明細書等を含む）又はその写し
- (2) 受診した妊婦健診の検査項目を証する書類（母子健康手帳の記載内容及び(1)に規定する書類では当該項目を明らかにすることができない場合に限る）
- (3) 医療機関等の記載を受けた母子健康手帳の写し（この申請に係る妊婦健診に関する部分）