

## 天童市多胎妊婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

天童市長 様

次のとおり、追加での多胎妊婦健康診査を受けましたので、天童市多胎妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて助成金を申請します。

なお、助成金の審査に必要な事項について妊婦健診を行った医療機関に照会することに同意します。

申請者	郵便番号	994-	電話番号	-	-
	現住所	天童市			
	フリガナ				生年月日
	氏名				S・H 年 月 日
	出産年月日	年 月 日	母子健康手帳番号		

下記に口座振替(送金)を依頼します。

振込先口座	金融機関名				本・支店名	本店・	支店
	金融機関コード				店番号		
	フリガナ						
	口座名義						
	口座種別	普通・当座・その他( )					
	口座番号						

\* 口座番号は右詰で記入してください。

多胎妊婦健康診査健康診査実施状況（※天童市使用欄）

医療機関名 及び所在地				
	(電話番号 - - )			
回数	健診受診年月日	健診時の 妊娠週数	自己負担額	助成金申請額
1	年 月 日	週	円	円
2	年 月 日	週	円	円
3	年 月 日	週	円	円
4	年 月 日	週	円	円
5	年 月 日	週	円	円
助成金申請合計額				円

【持ち物】

- (1) 母子健康手帳
- (2) 受診した医療機関の領収書、診療明細書の原本
- (3) 振込先口座の名義、口座番号がわかるもの