

別記様式 1 (第 4 条関係)

七飯町多胎妊婦健康診査費助成申請書

年 月 日

七飯町長 様

申請者 住 所  
氏 名 印  
電話番号

七飯町多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

助成金	健診受診日		健診費用 (A)	助成上限額 (B)	助成金申請額 (A) と (B) のいずれか少ない額
	1 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
2 回目	年 月 日	円	5,000 円	円	
3 回目	年 月 日	円	5,000 円	円	
4 回目	年 月 日	円	5,000 円	円	
5 回目	年 月 日	円	5,000 円	円	
助成金申請額					円
振込先	金融機関	銀行・信用金庫		本店	
		農協・労働金庫		支店	
	ふりがな		口座番号	普通・当座	
口座名義人					

【添付書類】

- 健康診査の領収書及び明細書の原本
- 口座番号、名義人（カタカナ）の記載されている通帳のコピー

※事務処理欄

本人確認

運転免許証  健康保険証  マイナンバーカード  その他 ( )