

様式（第5条関係）

蕨市多胎妊婦健康診査助成金交付申請書兼請求書

受診者	フリガナ 氏名	生年月日		
		年	月	日
住所	〒 埼玉県蕨市			
電話番号				
受診した 医療機関等	名称		電話番号	
	所在地 〒			
妊婦 健康診査	受診日	助成限度額	申請額（5,000円と比較して低い額）	
	年 月 日	5,000円	円	
	年 月 日	5,000円	円	
	年 月 日	5,000円	円	
	年 月 日	5,000円	円	
	年 月 日	5,000円	円	
申請金額		円		
<p>蕨市多胎妊婦健康診査助成金交付要綱の規定に基づき、助成金を申請します。          なお、私は、この申請に関して必要がある場合は、蕨市が受診医療機関等に確認を行うことに同意します。また、この申請が認められたときは、その助成金の金額を下記の振込先に振り込むよう請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(あて先)蕨市長 申請者</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p>				
振込先口座	金融機関名・本支店名	口座番号		
	フリガナ 口座名義人	預金種類	普通 ・ 当座	

※ 添付資料

- 1 受診した結果等必要事項を確認することができる母子健康手帳等の書類
- 2 受診した医療機関が発行した領収書の写しその他の多胎妊婦健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することができる書類