別記様式（第４条関係）

滝川市多胎妊婦健康診査費助成申請書

年　　月　　日

滝川市長　　様

申請者　　住　所

氏　名

滝川市多胎妊婦健康診査費助成事業実施要綱の規定により、妊婦健診費の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、この申請の審査に関し必要な住民基本台帳に関する情報及び受診状況等について調査を行うことを承諾します。

（注）太枠内を記入してください

母子健康手帳番号					
ふりがな 妊婦（産婦）の氏名					
住所	〒 滝川市				
電話番号					
出産（予定）月日					
受診医療機関等					
助成申請兼請求額	回数	受診日	健診料金	助成限度額	助成額
	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
助成額合計	円				

振込先	銀行 信用金庫		支店 支所	
	普通・当座	口座番号		
	フリガナ			
	口座名義人			

【添付書類】

（1）妊婦健診を受けた医療機関又は助産所が発行する領収書及び診療明細書

（2）母子健康手帳（多胎妊娠及び妊婦健診結果が確認できる部分）の写し

受付印