

新発田市多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

新発田市長 宛て

医療機関で受診した妊婦健康診査にかかる費用、金 円について、助成を受けたいので申請します。

新発田市長 様

見本

多胎妊婦健康診査にかかる費用の助成を受けるにあたり、必要ある時は、住民基本台帳の閲覧、受診医療機関への支払いの内訳の確認など、関係部署に確認することに同意し、申請します。

1. 申請者(妊婦氏名)

記入日 令和 5 年 4 月 1 日

| 氏名 | 生年月日(西暦) | 申請者の現住所 |
|---------------|----------|---------------------------------|
| (フリガナ) シバタタロウ | 年 月 日 | 〒 957-8686 新発田市〇〇×丁目△番□号 |
| 新発田 太郎 | | 電話 090(1000)1000 ※日中連絡のとれる番号 |

2. 助成申請額

| No. | 妊婦健診受診日 | 妊婦健康診査費用(A)(保険外診療のみ) | 助成限度額(B) | 請求額(A)または(B)のうちいずれか低い方の金額 |
|-----|------------------|----------------------|----------|---------------------------|
| 1 | 妊婦健診(15回目) 年 月 日 | | 5,000円 | 円 |
| 2 | 妊婦健診(16回目) 年 月 日 | | 5,000円 | 円 |
| 3 | 妊婦健診(17回目) 年 月 日 | | 5,000円 | 円 |
| 4 | 妊婦健診(18回目) 年 月 日 | | 5,000円 | 円 |
| 5 | 妊婦健診(19回目) 年 月 日 | | 5,000円 | 円 |
| 6 | 妊婦健診(20回目) 年 月 日 | | 5,000円 | 円 |
| | 合計 | 回 | | 円 |

| 金融機関名 | 支店名 | 分類 | 口座番号 (右詰めでお書きください。) |
|---|-------------------------------|----|------------------------|
| 〇〇〇 1 銀行 5 農協 2 金庫 6 漁協 3 信組 7 信漁連 4 信連 | △△ 支店 本店 本・支所 出張所 | 普通 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 金融機関番号 1 2 3 4 | 店番号 6 7 8 | | |

口座名義人 ※「1.申請者・請求者」名義に限ります。左詰めでお書きください。

| 名義人カナ | シ ハ " タ タ ロ ウ |
|---------------------|--|
| 委任(口座名義が申請者本人以外の場合) | 多胎妊婦健康診査にかかる費用の払い戻しを受けるにあたり、上記口座名義人に受領を委任します。(本人署名の場合押印不要) 申請者氏名: |

提出の際は添付書類をお忘れのないようにお願いします。

- 母子健康手帳の「妊娠の経過」が記載されているページのコピー(多胎の子どもの人数分)
- 受診結果が記載された多胎妊婦健康診査受診票(該当回数分)
- 当該妊婦健康診査(15回目からの)領収書・明細書の原本
- 母子健康手帳も「表紙」のコピー(多胎の子どもの人数分)

