様式第１号（第５条関係）

小野町多胎妊婦健康診査費用助成申請書兼請求書

　　　　年　　月　　日

小野町長　様

関係書類を添えて下記のとおり助成を申請・請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　年　　　月　　　日 |
| 申請・請求者名（受診者） | 　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所（住民票上の住所） | 〒　　　　　―小野町大字 |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

（振込先）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　銀行金庫　　　　　　　　　農協 | 　　　　　　本店　　　　　　支店出張所 |
| 預金種別 | １ 普通　・　２ 当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人　（申請・請求者と同一） |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊産婦一般健康診査 | 回数 | 受診日 | 健診費用(A) | 助成上限額（B） | 助成決定額(A)(B)いずれか少ない額 |
| 16回目 |  |  | 5,780円 | 円 |
| 17回目 |  |  | 5,780円 | 円 |
| 18回目 |  |  | 5,780円 | 円 |
| 19回目 |  |  | 5,780円 | 円 |
| 20回目 |  |  | 5,780円 | 円 |
| 合計 |  | 円 |

（添付書類）

□母子健康手帳等の写し　（健診日、健診回数が確認できる書類）

□健診費用を支払ったことを証明する書類（領収書等の写し等）

□口座番号、名義が確認できる書類（通帳、キャッシュカードの写し等）