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）