

年 月 日

多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

福生市長 宛て

申請者 住 所  
氏 名  
電 話  
続 柄 ( )

福生市多胎妊婦健康診査費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

この申請の内容について、住民票等の公簿等との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

フリガナ			対象妊婦 住 所	福生市	
対象妊婦氏名	(生年月日： 年 月 日)				
区分	受診年月日	医療機関の名称	医療機関の所在地	自己負担額 (円)	
助成対象健康診査	15回目				
	16回目				
	17回目				
	18回目				
	19回目				

助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号					支店番号				口座種別
(金融機関名)	1 銀行	4 信組			(支店名)	1 本店			1 普通
	2 信金	5 その他				2 支店			2 当座
	3 農協					3 出張所			
口座番号					口座名義				
					フリガナ				
					名義人				

注) ゆうちょ銀行に振込みを御希望の方は、郵便局で口座振替用の印字を受けた口座番号を記入してください。