

様式第1(第5条関係)

多胎妊娠の妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

知立市長 殿

※ 太枠内をご記入ください。

受診者 (妊産婦氏名)		申請者 住所 知立市	
年 月 日生		氏名	
出産日		電話	
年 月 日		続柄	
受診月日		医療機関名	
申請額(右記限度額を上限とする)		申請限度額	
妊婦	1回目	月 日	円 4,420円(*4,400円)
	2回目	月 日	円 4,420円(*4,400円)
	3回目	月 日	円 4,420円(*4,400円)
	4回目	月 日	円 4,420円(*4,400円)
	5回目	月 日	円 4,420円(*4,400円)
合計金額		円	

* 令和5年度に受診票が交付されている場合の金額

支給される診査費用は下記口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	店
種 別	普通 当座	口座番号
(フリガナ)		
口座名義人		

- ※ 添付書類 ・医療機関の発行した領収書及び明細書
- ・母子健康手帳の表紙及び健康診査の記録が記載されているページの写し

※ 受診した日から起算して1年以内に知立市保健センターに提出してください。

私は、知立市長が知立市多胎妊娠の妊婦健康診査費交付申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

年 月 日

申請者 住所 知立市
氏名

令和6年4月作成