

様式第1号(第4条関係)

多胎妊婦健康診査費用助成費申請書兼請求書

年 月 日

安来市長 様

請求者 住所  
氏名

安来市多胎妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

1 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

2 請求内容 妊婦一般健康診査  
(第15・16・17・18・19回受診分)

3 希望する振込先

金融機関名	本支店名	預金種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義

○添付書類

- ①母子健康手帳の「妊娠中の経過」欄で受診状況が確認できるものの写し
- ②領収書の写し(母子健康手帳に受診日の記載があるもの)
- ③明細書の写し(母子健康手帳に受診日の記載があるもの及び検査内容が分かるもの)
- ④振込口座の分かるものの写し

検	
収	