

様式第1号（第6条関係）

魚津市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

魚津市長 あて

〒

申請者 住所

氏名

（電話番号） ー

多胎妊娠に伴い妊婦一般健康診査の受診回数が、市の規定する回数を超えたので、助成金を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	()	母子健康 手帳番号	
	生年月日	年 月 日		
	住所			
今回妊娠届出後に住所を変更した方は、前住所をご記入ください。		住所変更日： 年 月 日 前住所：		
助成金の 振込先 (口座は申請者のものであること)	金融機関名		支店名	
	預金種別	1普通 2当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
<p>魚津市長あて この申請に必要な要件を確認するため、住民基本台帳の状況を調査することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p>※同意されない場合は、住所及び住民となった日を確認できる書類を提出ください。</p>				

添付書類

- 1 妊婦健康診査を受けた医療機関等が発行した領収書の写し
- 2 領収書等の日付と同日の診療月日が記載されている、すべての児の母子健康手帳の写し
- 3 振込先の金融機関口座が確認できる書類の写し