第１号様式（第７条関係）

上尾市多胎妊婦健康診査助成金交付申請書

年　　月　　日

　（宛先）

上尾市長　 　住　所　　〒362-　　　上尾市

　　　　　　　　　　 　　　　（妊婦）

　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

妊婦健康診査を受診しましたので、上尾市多胎妊婦健康診査助成金交付要綱第７条第１項の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金の交付の決定に当たり確認等が必要な場合には、市が、受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊婦の氏名 |  | | 出産年月日 | 年　　月　　日 |
| 母子健康手帳の交付日 | 年　　月　　日 | | 母子健康手帳　№ | ― |
| 年　　月　　日 | | 母子健康手帳　№ | ― |
| 受診した医療機関 |  | | | |
| 受診した医療機関の  所在地等 | 都道  　　　　　府県　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | |
| 妊婦健康診査 | 受診日 | 助成限度額 | | 申請金額 |
| 年　　月　　日 | 5,000円 | | 円 |
| 年　　月　　日 | 5,000円 | | 円 |
| 年　　月　　日 | 5,000円 | | 円 |
| 年　　月　　日 | 5,000円 | | 円 |
| 合　計　金　額 | | | | ￥　　　　　　　円 |
| 添付書類 | * 母子健康手帳の表紙の写し * 母子健康手帳の健康診査の結果に係る記載がある部分（「妊娠中の経過」のページ）の写し * 医療機関が発行した領収書その他の健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することのできる書類（受診した医療機関の名称及び当該受診の日が明記されているものに限る。） | | | |