

様式第1号(第6条関係)

県外医療機関等における多胎妊婦超音波検査費助成金支給申請書

妊婦(受診者)	住所	上板町		
	フリガナ 氏名	電話		
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
多胎妊婦超音波検査 受診医療機関	所在地			
	名称			
母子健康手帳発行日	平成	年	月 日	交付番号
出産日	平成	年	月 日	
健診の受診日(週数)	平成	年	月 日	週 日
	平成	年	月 日	週 日

申請額 金 _____ 円

(内訳) 本人支払額 _____ 円
(別紙領収書のとおり)

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

上板町長 殿

申請書(受診者) 住所 上板町
氏名 印
代理人氏名 印
(受診者との関係)

上記請求による多胎妊婦超音波検査費助成金を下記の口座に振り込みを依頼します。

金融機関名		支店名	
預金種別	口座番号	フリガナ	
1. 普通貯金 2. 当座預金		口座名義人	