多胎妊婦健康診査費用助成申請書

年月日

　武蔵村山市長　殿

　私は、多胎妊婦健康診査費用の助成を受けたいので、武蔵村山市多胎妊婦健康診査費用助成要綱第５条の規定により下記のとおり申請します。

この申請の内容について、公簿との照合及び医療機関等に確認することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（産婦氏名） | フリガナ |  | 生年月日 | 年月日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　-  武蔵村山市 | | |
| 電話番号 | -　　　　　- | 出産日  (出産前は予定日) | 年月日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成申請額 | 妊婦健康診査受診日 | | 妊婦健康診査費用(A)  （保険外診療のみ） | 助成限度額(B) | 請求額(A)又は(B)のうち  いずれか低い方の金額 |
| 妊婦健診（15回目） | 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 妊婦健診（16回目） | 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 妊婦健診（17回目） | 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 妊婦健診（18回目） | 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 妊婦健診（19回目） | 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 合計 | 回 |  |  | 円 |

多胎妊婦健康診査費用の助成金については、以下の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座情報 | 銀行・信用金庫・農協 | | | | | | | 支店・本店 | 普通・当座 |
| 口座番号 | | | | | | | 口座名義(カタカナ) | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |

　※口座は、原則申請者名義のものに限ります。

|  |  |
| --- | --- |
| 事務処理欄 | |
| 確認書類等 | □　母子健康手帳の「表紙」のコピー |
| □　母子健康手帳の「妊娠中の経過」が記載されているページのコピー |
| □　普通預金通帳のコピーなど振込先の口座が確認できる書類 |
| □　当該妊婦健康診査（15回目から19回目まで）の領収書・明細書のコピー |