

江津市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成事業申請書兼請求書

多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、江津市多胎妊娠の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、下記のとおり申請します。

市長が江津市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第5項の規定により助成金の交付を決定したときは、下記のとおり助成金を請求し、その交付については指定する口座への振替を希望します。

年 月 日

江津市長 様

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 江津市 町 (電話番号)		
	申請金額	金 _____ 円		

申請金額計算欄

受診日	領収金額 (A)	助成上限額 (B)	助成対象額 (AとBどちらか少ない金額)
令和 年 月 日	円	5,000 円	円
令和 年 月 日	円	5,000 円	円
令和 年 月 日	円	5,000 円	円
令和 年 月 日	円	5,000 円	円
令和 年 月 日	円	5,000 円	円
助成対象額合計			円

指定口座

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・()		本店・出張所 支店・()
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人	(フリガナ)		

添付書類

- (1) 受診時の領収書と明細書(原本)
- (2) 母子健康手帳の「妊娠中の経過」、「検査の記録欄」のコピー
- (3) 振込先の金融機関口座が確認できる書類の写し