

様式第 1 号（第 4 条関係）

桶川市多胎妊婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

桶川市長

住 所
申請者（妊産婦）氏 名
電 話

次のとおり妊婦健康診査を受診しましたので、桶川市多胎妊婦健康診査助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定に基づき申請します。また、この申請に基づく交付決定に当たり、確認等が必要な場合は受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

ふ り が な				妊産婦生年月日		年 月 日	
妊 産 婦 氏 名				妊産婦生年月日		年 月 日	
母子健康手帳 交 付 日		年 月 日		母子健康手帳 No		—	
		年 月 日				—	
出産(予定)年月日		年 月 日		受診医療機関名			
妊婦健診受診日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)							
回数	妊婦健康診査 受診日	週数	妊婦健康診査費用 (保険外診療のみ) (A)	上限額 (B)	申 請 金 額 (A又はBのいずれか 少ない額)		
1	年 月 日		円	5,000 円			円
2	年 月 日		円	5,000 円			円
3	年 月 日		円	5,000 円			円
4	年 月 日		円	5,000 円			円
5	年 月 日		円	5,000 円			円
申請金額合計						円	
添付書類			☐ 母子健康手帳の「表紙」の写し（多胎児の子どもの人数分） ☐ 母子健康手帳の健康診査の結果等が記載された部分（「妊娠中の経過」のページ等）の写し（多胎児の子どもの人数分） ☐ 受診した医療機関等が発行した領収書の写しその他の健康診査の受診に際して医療機関等に支払った額を確認することができる書類（明細書等）の写し				

桶川市記入欄

助成金交付対象受診回数	回
助 成 金 額	円