

様式第1号（第7条関係）

多胎妊婦健康診査費用助成金交付請求書

年 月 日

亀山市長 様

請求者 郵便番号 千  
住 所 亀山市  
フリガナ  
氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

電話番号 ( )

次のとおり、医療機関等で妊婦一般健康診査を受診しましたので、助成金を交付されたく請求します。なお、この請求に関し、住所、受診状況等必要な調査を行うことを承諾します。

1 請求額 \_\_\_\_\_ 円

2 請求額等の明細 ※太線の枠内のみ記載

受診回	受診日	健康診査料金	受診医療機関等	助成額
1 回	年 月 日	円		円
2 回	年 月 日	円		円
3 回	年 月 日	円		円
4 回	年 月 日	円		円
5 回	年 月 日	円		円
			助成額合計(請求額)	円

3 振込先 ※請求者が口座名義人のもの

振 込 先			銀行 農協 信用金庫	支店 支所
	普通 ・ 当座		口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- 1 医療機関等が発行する領収書(妊婦健診に要した費用の額が確認できるもの)
- 2 母子健康手帳の一部の写し(多胎妊娠及び妊婦健診結果が確認できるページ)