様式第１号（第７条関係）

記入例

窓口で提出日を記入しますので、
記入しないでください。

多胎妊婦健康診査費用助成

年　　月　　日

※請求者と窓口来所者が異なる場合は、
申請時に印鑑（シャチハタ不可）をご持参ください。
※消えるボールペンや鉛筆では、記入しないでください。

妊婦本人の氏名

郵便番号　〒
住　　所　亀山
フリガナ
氏　　名

本人自署又は記名押印してください。

※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。 …… 請求に関し …… ことを承諾します。

窓口で請求額を記入しますので、記入しないでください。
訂正できません。

1　請求額　　　　　　　　　　円

2　請求額等の

窓口で確認後に記入しますので、記入しないでください。

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

領収書を見て記入してください。

3　振込先　　※請求者が口座名義人のも

振込先			
		銀行 農協	支店 支所
	普通		
	フリガナ		
	口座名義人		

妊婦本人名義の口座

添付
1
2

※ゆうちょ銀行の場合は、通帳２ページ目の銀行使用欄に【店名】【店番】【預金種目】【口座番号】の表示があるもののみ振込み可能です。
支店名は、漢数字（例：一二三）を記入してください。