

第1号様式（第5条関係）

四日市市多胎妊婦健康診査受診費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

四日市市長

申請者（受診者）住 所

氏 名

（生年月日： 年 月 日）

電話番号

次のとおり四日市市多胎妊婦健康診査受診費用補助金の交付を受けたいので、四日市市多胎妊婦健康診査受診費用補助金交付要綱第5条の規定により申請します。この申請に関し、住所要件、受診状況等の必要事項を市が調査することを承諾します。また、補助金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。

記

妊婦一般健康診査 受診日（追加分）	受診した医療機関等 に支払った額	補助を受けようとする 補助金の申請額	補助金交付決定額 （記入しないで下さい）
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
合 計	円	円	円

振 込 先	口 座 番 号		口座名義人 （フリガナ）
銀行 支店 信用金庫 支所 農協 出張所	当座 ・ 普通		( )
ゆうちょ銀行 .....店	記号..... 番号.....		( )

- (注) 1. 太枠内のみ記入してください。申請には、妊婦一般健康診査済証（母子健康手帳の「妊娠中の経過」ページのコピーなど）、多胎妊娠であることが確認できるもの（母子健康手帳の「出産の状態」ページのコピーなど）、受診医療機関発行の領収書（コピー不可）を提出してください。
2. 県外の医療機関で妊婦一般健康診査を受診した場合、同一受診日においては、四日市市県外医療機関等受診費用補助金と重複して申請することはできません。
3. 振込先は申請者（受診者）の名義のものにしてください。申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。

窓口 こども未来部こども保健福祉課  
電話 (059) 354-8187