

年 月 日

長与町多胎妊婦健康診査費助成申請書兼請求書

長与町長 様

多胎妊婦健康診査費助成を申請します。支給金額は、下記の口座に振り込んでください。

申請者兼請求者	フリガナ			生 年 月 日	
	妊婦氏名			年 月 日	
	住 所	長与町 郷 番地			
	電話番号	— —	出産(予定)年月日	年 月 日	
助成申請額	多胎健康診査	健康診査 受診日	健康診査費 (領収書の額) (A)	助成 限度額 (B)	申請額 (A) と (B) で いずれか少ない額
	1 回目		円	5,000円	円
	2 回目		円	5,000円	円
	3 回目		円	5,000円	円
	4 回目		円	5,000円	円
	5 回目		円	5,000円	円
	合計		円		円
振込先	金融機関名		(本店・支店)	種別	1. 普通 2. 当座
	口座番号				
	フリガナ 口座名義				

※振込先の口座名義と申請者（多胎妊婦健康診査該当者）の氏名は揃えてください。