

様式第1号（第5条関係）

土浦市多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

申請者 (多胎妊婦)	フリガナ		生年 月日	年 月 日		
	氏名					
	住所					
内 訳	助成回数	追加健康診査 の受診日	追加健康診査 に要した費用 (A)	助成限度額 (B)	助成額 (A)と(B)とを比較 して少ない方の額	
	第1回	年 月 日	円	5,780円	円	
	第2回	年 月 日	円	5,780円	円	
	第3回	年 月 日	円	5,780円	円	
	第4回	年 月 日	円	5,780円	円	
	第5回	年 月 日	円	5,780円	円	
助成金交付申請額 (助成額の合計)		円				
振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協		店名	本店・支店 出張所	
	預金種目	普通・当座	口座 番号			
	口座名義人	フリガナ				
<p>土浦市多胎妊婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、土浦市多胎妊婦健康診査費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて助成金の交付を申請し、及び請求します。</p> <p>また、助成金の交付の決定に当たり、市職員が私の住民基本台帳を閲覧すること及び追加健康診査の受診状況について医療機関又は助産所に照会し、又は報告を求めることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p>(申請先) 土浦市長</p>						

添付書類

- (1) 追加健康診査に係る領収書の写し
- (2) 母子健康手帳の写し（追加健康診査の受診内容が分かるものに限る。）
- (3) 土浦市多胎妊婦健康診査結果報告書（様式第2号）
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

