

別記様式（第5条関係）

中野市多胎妊婦健康診査受診助成金交付申請書兼請求書

日付記入不要

年 月 日

中野市長

あて

申請者 住 所
(請求者) 氏 名
電 話 ()

下記のとおり健康診査を受けたので、中野市多胎妊婦健康診査受診助成金交付要綱の規定に基づき、助成金を申請及び請求します。

記

事業の目的	中野市多胎妊婦健康診査受診助成事業
事業に要する費用	妊婦健康診査の受診（ただし14回分を超えた分）
事業年月日	
助成金申請額	
申請額の算出基礎	医療機関が発行した領収書及び明細書

添付書類

- 1 多胎妊婦であることが確認できるもの
- 2 健康診査費用を証明する医療機関が発行した領収書及び明細書

審査のため、市で保有する情報を確認することについて同意します。

氏名

振込先

申請者と同じ方

金融機関名		店 舗 名	
口 座 種 別		口 座 番 号	
フリガナ			
口座名義			