

様式第1号(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実績報告書

年 月 日

中野市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

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、助成金を申請します。

記

健康診査に要した費用	
健康診査を受診した年月日	
助成金申請額	

添付資料

- 1 多胎妊娠であることが確認できるもの(母子健康手帳)
- 2 健康診査費用を証明する医療機関が発行した領収書又は明細書

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