

別記

第1号様式(第5条)

多胎妊婦健康診査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 印西市長

印西市多胎妊婦健康診査費用助成実施要綱第5条第1項の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | |
|---------------------------------|----------|--------------------------------|--------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | ⑩ | (年齢) | (歳) |
| 住 所 | 〒 印西市 | | |
| 電話番号 | () | | |
| 振 込 先 金 融 機 関 | 金融機関名 | 銀 行 信 用 金 庫 組 合 協 農 協 | 支店名 支店 |
| | 種 別 | 普通・当座 | 口座番号 |
| | フリガナ | | |
| | 名義人 | | |
| 請求金額 | 円 | | |

- ※ 添付書類 (1) 助成対象費用の支払いを証する書類
(2) 母子健康手帳に記載された健康診査の受診状況の写し

記入例

別記

第1号様式 (第5条)

多胎妊婦健康診査費用助成申請書兼請求書

日付は無記入

年 月 日

(あて先) 印西市長

印西市多胎妊婦健康診査費用助成実施要綱第5条第1項の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------|------|-------------|-------|---|--|
| フリガナ | インザイ ハナコ | | 生年月日 | 元号〇〇年〇〇月〇〇日 | | | |
| 申請者氏名 | 印西 花子 | ⑩ | (年齢) | (〇〇歳) | | | |
| 住 所 | 〒270-〇〇〇〇 印西市大森〇〇〇〇-〇 | | | | | | |
| 電話番号 | 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | | | |
| 振 込 先 金 融 機 関 | 金融機関名 | 〇〇 | 銀行 | 支店名 | 〇〇 支店 | | |
| | 種 別 | 普通・当座 | 口座番号 | 〇 | 〇 | 〇 | |
| | フリガナ | インザイ ハナコ | | | | | |
| | 名義人 | 印西 花子 | | | | | |
| 請求金額 | | | | | | 円 | |

- ※ 添付書類 (1) 助成対象費用の支払いを証する書類
(2) 母子健康手帳に記載された健康診査の受診状況の写し

金額欄は記入しないでください