

年 月 日

名張市長 宛て

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

名張市多胎妊婦健康診査受診費用助成金支給申請書

名張市多胎妊婦健康診査受診費用助成事業実施要綱（令和4年名張市告示第53号）第5条第1項の規定により、医療機関等での多児妊婦健康診査費用の助成を申請します。この申請に関し、住所要件、受診状況等の必要事項を名張市が調査することを承諾します。

1. 申請額 \_\_\_\_\_ 円

2. 助成申請内訳

妊婦健診受診日	受診した医療機関等に支払った額	申請額	助成決定額 (記入しないで下さい)
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
合計	円	円	円

名張市多胎妊婦健康診査受診費用助成金支給請求書

年 月 日

名張市長 宛て

請求者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

助成の決定を受けた名張市多胎妊婦健康診査受診費用助成金について、次のとおり請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店	預金種目	口座番号 (右づめでご記入ください)
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	
ゆうちょ銀行	店番	預金種目	番号 (右づめでご記入ください)
貯金通帳の見開き下に記載された振込口座の店番・番号を記入してください。		普通 当座	
(フリガナ)	*必ず記入してください。		
口座名義人			

- (注) 1. 太枠内のみ記入してください。申請には、妊婦一般健康診査済証（母子健康手帳の「妊娠中の経過」ページのコピーなど）、多胎妊娠であることが確認できるもの（母子健康手帳の「出産の状態」欄の写しなど）、受診医療機関等発行の領収書原本（コピー不可）を提出してください。
2. 県外の医療機関等で妊婦一般健康診査を受診した場合、同一受診日においては、名張市妊婦一般健康診査における県外医療機関等での受診に係る費用助成と重複して申請することはできません。
3. 振込先は申請者（受診者）の名義のものにしてください。