

立山町多胎妊婦健康診査費助成申請書兼請求書

年 月 日

立山町長

申請者 住所 立山町
氏名

多胎妊婦健康診査費助成金として下記のとおり請求します。

なお、この申請にあたり、当該助成金の交付の適否の審査に必要な範囲内において、立山町が保有する情報について調査すること及び医療機関等に問い合わせその内容について確認することに同意します。

●助成申請内訳は、立山町多胎妊婦健康診査費助成実施要綱に基づき下記のとおりです。

種 別	実 施 費 用 額 （※本人記入）	補 助 額 （*町記入）
第1回	円	円
第2回	円	円
第3回	円	円
第4回	円	円
第5回	円	円
合 計	円	※ 円

補助額：上限 5,000 円/回

※ 申請（請求）金額	円
------------	---

●振込先（申請者本人名義の振込先・口座をご記入ください。）

金 融 機 関	銀 行	支 店 出張所	口 座 種 別	普 通 ・ 当 座					
	信用金庫 農 協		口 座 番 号						
口 座 名 義 人	フリガナ								

<添付書類>

- (1) 領収書の原本
- (2) 母子健康手帳
- (3) 振込先の銀行口座が分かるもの（通帳の写し等）