

様式第1号（第4条関係）

駒ヶ根多胎妊婦健康診査追加費用補助金申請書（兼実績報告書兼請求書）

年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長
（子ども課）

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり関係書類を添えて申請します。

補助金	健診受診日		健診額（A）	補助上限額（B）	補助金申請額（A）と（B）のいずれか少ない額
	1回目	年 月 日	円	5,000円	円
	2回目	年 月 日	円	5,000円	円
	3回目	年 月 日	円	5,000円	円
	4回目	年 月 日	円	5,000円	円
	5回目	年 月 日	円	5,000円	円
	補助金申請額				
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店 支店 支所
	口座種別	普通・当座			
	口座番号	(ゆうちょ銀行以外)	ゆうちょ銀行	通帳番号	通帳記号 —
	フリガナ				
	口座名義人				

添付資料

- 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の写し
- 多胎妊娠であることが確認できるもの（乳児数分の母子健康手帳等）