

別記様式（第4条関係）

年 月 日

四万十町長

申請者 住 所
 ふりがな
 氏 名
 電話番号 — —
 （日中連絡がつく番号をご記入ください。）

四万十町多胎妊娠の妊婦健康診査費助成金申請書兼請求書

下記の日程で受診した妊婦健康診査の健診費用について、助成を受けたいので四万十町多胎妊娠の妊婦健康診査支援事業に関する要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

金 円也
 （妊婦健康診査受診に要した費用への助成金として）

以下の項目に該当又は同意する場合は、してください。

- 妊婦健康診査の受診日において四万十町に住所を有し、多胎妊娠しています。
- 四万十町妊婦一般健康診査受診表を14回全て使用しています。
- 申請内容について、医療機関等に確認すること、また不明な点等がある場合は、上記電話番号に連絡することに同意します。

妊婦健診受診日	健診に要した費用 (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A) 又は、(B) のうちいずれか少ない額
年 月 日	円	5,000 円	円
年 月 日	円	5,000 円	円
年 月 日	円	5,000 円	円
年 月 日	円	5,000 円	円
年 月 日	円	5,000 円	円
合計			円

(振込先) (※)

支払機関名		預金種別	口座番号						
銀行 農協 信金	支店	普通・当座							
金融機関コード	店番	カナ(必ず記入)							
		口座名義人							

