

様式第1号(第4条関係)

三郷市多胎妊婦健康診査助成金交付申請書

三郷市長あて

申請日 令和〇年 〇月〇〇日

三郷市多胎妊婦健康診査費用助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。
この申請に対して決定した金額を下記の口座に振り込んでください。

1. 申請者

フリガナ	ミサト ハナコ		
申請者氏名	三郷 花子		
生年月日	〇年 〇月〇〇日	電話番号	000-0000-0000
現住所	〒341-8501 三郷市花和田648-1		
旧住所 (転出したかたのみ)	〒		
出産年月日	〇年 〇月〇〇日	母子健康手帳No.	30001

2. 振込先

金融機関	三郷	銀行 信用金庫 ()	支店名	三郷	支店 本店					
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	ミサト ハナコ									
口座名義人	三郷 花子									

3. 14回を超えて受診した健診の受診年月日

1	令和〇年 〇月〇〇日	4	令和〇年 〇月〇〇日
2	令和〇年 〇月〇〇日	5	令和〇年 〇月〇〇日
3	令和〇年 〇月〇〇日		

領収書等をご確認いただき、助成券14回を超えて受診した健診日をご記入ください。