様式第１号（第４条関係）

長和町多胎妊婦健康診査費助成金申請書兼請求書

年　　月　　日

長和町長　様

申請者　住所

　　　氏名　　　　　　　　　　　印

　　　電話番号

　標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成金 | 健診受診日 | 健診額（Ａ） | 限度額（Ｂ） | 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 |
| 助成金申請額 | 円 |
| 振込先 | 金融機関 | 　　　　　　 銀行・信用金庫　　　　　　 農協・信用組合 | 　　　　　　　 本店・支店　　　　　　　 本所・支所 |
| ふりがな |  | 口座番号 | 普通　・　当座 |
| 口座名義人 |  |  |

添付書類

（１）健診に係る領収書・明細書の写し

（２）母子健康手帳の写し