

別記様式（第 5 条関係）

辰野町多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）辰野町長

辰野町多胎妊婦健康診査費助成事業実施要綱第 5 条に基づき関係書類を添えて申請します。
また、町が医療機関等に対し下記の申請に必要な情報について照会することに同意します。

ふりがな 受診者氏名 (申請者)			生年月日	年 月 日	
住所				出産(予定)日	年 月 日
交付申請額 等	受 診 日	自己負担金額 (保険適用分を除く) (A)	助成限度額 (B)	申請額 (AとBのうち少ない額)	
	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	
				申請額合計	円
振込先	金融機関名				
	支店名等				
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人 (申請者と同一名義)				
関係書類	(1) 医療機関等発行の領収書 (2) 診療明細書 (3) 母子健康手帳の「表紙」「妊娠中の経過」の部分の写し (全てのお子様分) (4) 振込先口座がわかるもの (5) その他町長が必要と認める書類				

※保険適用外の妊婦健診が対象です。(※健康保険適用分は対象外です。)
※妊娠判定のための診察や妊娠の届出をする前の妊婦健診は対象外になります。
※妊婦一般健康診査受診票を使用した健康診査は対象外になります。
※申請は最終の健康診査受診日から 1 年以内に限ります。