

様式第1号(第6条関係)

松川町多胎妊婦健康診査支援事業助成金交付申請書兼請求書

松川町長様

母子健康手帳、領収書の写しを添えて下記金額を請求します。

年 月 日

住所

氏名

印

助成金決定金額

円

※この欄には記入しないでください

振込先	銀行 信用金庫 農協 ゆうちょ銀行		本店 支店 支所	口座番号	普通 当座		
				フリガナ			
				口座名義人 (本人口座に限ります)			
妊婦健康診査	健診回数 (14回を超えた分)	妊娠 週数	妊婦健診年月日	自己負担額	助成金上限額	助成額	
					(A)	(B)	※AとBを比較して少ない額
	1回目		年 月 日		5,000円		
	2回目		年 月 日		5,000円		
	3回目		年 月 日		5,000円		
	4回目		年 月 日		5,000円		
	5回目		年 月 日		5,000円		
				助成額計	円		