様式第１号（第４条関係）

滝上町多胎妊婦健康診査助成申請書

年　　月　　日

滝上町長　　様

申請者　住　　所
氏　　名
電話番号

滝上町多胎妊婦健康診査助成事業実施要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td colspan="2">（ふ　り　が　な）
氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">生　　年　　月　　日</td><td colspan="3">年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">〒
電話</td></tr>
<tr><td>受診医療機関</td><td colspan="5">〒
電話</td></tr>
<tr><td rowspan="6">助成金</td><td colspan="2">健診受診日</td><td>健診額
（A）</td><td>助成上限額
（B）</td><td>助成金申請額
（A）と（B）
いずれか少ない額</td></tr>
<tr><td>１回目</td><td>年　　月　　日</td><td>円</td><td>5,000 円</td><td>円</td></tr>
<tr><td>２回目</td><td>年　　月　　日</td><td>円</td><td>5,000 円</td><td>円</td></tr>
<tr><td>３回目</td><td>年　　月　　日</td><td>円</td><td>5,000 円</td><td>円</td></tr>
<tr><td>４回目</td><td>年　　月　　日</td><td>円</td><td>5,000 円</td><td>円</td></tr>
<tr><td>５回目</td><td>年　　月　　日</td><td>円</td><td>5,000 円</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">助成金申請額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">振込先</td><td colspan="2">振込先金融機関の名称</td><td>口座番号</td><td colspan="2">口座名義</td></tr>
<tr><td>銀行　　本店
金庫　　支店
農協　　出張所</td><td>普通・当座</td><td colspan="2">ふ　り　が　な
（　　）</td></tr>
</table>

添付書類

⑴　健康診査の領収書

⑵　母子健康手帳の写し

様式第２号（第５条関係）

滝上町多胎妊婦健康診査助成決定(却下)通知書

年　　月　　日

様

滝上町長

　　年　　月　　日付で申請のあった多胎妊婦健康診査助成金について、滝上町多胎妊婦健康診査助成事業実施要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり決定（却下）しましたので通知します。

記

１　助成決定額　　円

２　却下の理由（　　）