

年 月 日

始良市長 殿

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
連絡先

始良市多胎妊婦の妊婦健康診査受診費償還払い助成金請求書

始良市多胎妊婦の妊婦健康診査支援事業実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり妊婦健康診査の受診費に係る償還払い助成金について請求します。

1 請求額 円

2 振込先

金融機関名		支店名
貯金種目		口座番号
1 普通 ・ 2 当座 ・ 3 貯蓄		
口座名義人	フリガナ	

《委任状》上記受診費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。

受任者 住 所  
氏 名 申請者との続柄

申請上の注意

- この請求は、始良市に住所を有する多胎児を妊娠している者で、国内の医療機関において通常 14 回を超える健康診査を受診された方が受診費の払戻しを受けるための書類です。
- この請求書には、始良市から交付された助成金支給決定通知書の写しと上記振込先の通帳の写しを添付してください。
- 助成金は、支給決定日から請求することができます。請求期限は、支給決定日から 1 か月以内です。