

別記第1号様式（第5条関係）

鎌ケ谷市多胎妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

鎌ケ谷市長 様

鎌ケ谷市多胎妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ

受診者	フリガナ			
	氏名			
	現住所	〒		
	※すでに転出している方のみ 鎌ケ谷市在住時の住所	鎌ケ谷市		
	生年月日	年 月 日	母子健康手帳番号	
	電話番号			

健診機関名	所在地	電話番号

多胎妊婦健康診査実施状況

助成対象となる 健診受診年月日	自己負担額	決定助成金額
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円

振込先	金融機関名	銀行 支店
	口座番号	普通・当座
	フリガナ 名義人	

鎌ケ谷市多胎妊婦健康診査費用助成申請において、自己負担額に訂正があった際には、金額の訂正を市に一任します。又、申請者と振込先口座名義人が異なる場合、振込先口座への振込を了承します。

署名

添付書類

- 母子健康手帳に記載された健康診査の受診状況（写）（健康診査を14回以上受診したことがわかるもの）
- 医療機関の発行する領収書
- 通帳等口座番号が確認できるもの（写）
- 本人確認書類