

様式第1号（第4条関係）

玉城町多胎妊婦健康診査費助成申請書兼請求書

年 月 日

玉城町長 宛

住所

受診者 氏名

印

電話番号

玉城町多胎妊婦健康診査費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。
また、この助成の決定に関する事務手続きの処理のため、玉城町が住所、受診状況等について
関係機関に照会し、取得すること及び関係機関が玉城町からの照会に対し回答し、及び報告す
ることに同意します。

記

健診受診日	受診した医療機関等に支払った額	助成上限額	申請額	※ 助成決定額 (記入しないでください)
年 月 日 (1回目)	円	5,000円	円	円
年 月 日 (2回目)	円	5,000円	円	円
年 月 日 (3回目)	円	5,000円	円	円
年 月 日 (4回目)	円	5,000円	円	円
年 月 日 (5回目)	円	5,000円	円	円
合計	円		円	円

振込口座 ※ 金融機関名は、該当箇所に○をつけて下さい。

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
口座番号	普通預金 NO. _____	
フリガナ		
口座名義		