

様式第1号 (第5条関係)

橿原市多胎妊婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

橿原市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

橿原市多胎妊婦健康診査費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

| | | | | | |
|-------------------|------|-------|-------------|--------------|--------------------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 受診者氏名 | | 出産日 | 年 月 日 | | |
| 住所 | | | | | |
| 内訳 | 助成回数 | 検診受診日 | 受診費用 (A) | 助成上限額 (B) | 助成金申請額 (A)と(B) のいずれか少ない額 |
| | 1回目 | 年 月 日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| | 3回目 | 年 月 日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| | 4回目 | 年 月 日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| | 5回目 | 年 月 日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 助成金交付申請金額 (合計請求額) | | | | | 円 |

上記の太枠内にご記入ください。

| | | |
|---------|-----|---|
| 決定番号 | | |
| 承認 ・ 却下 | 決定額 | 円 |