

多胎妊婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

府中市長

申請者 住 所
氏 名
妊婦との続柄

多胎妊婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、当該助成金の交付に当たり、市が住民基本台帳等の公簿を確認すること
について同意します。

妊婦の氏名		生年月日	年 月 日		
住 所	府中市				
電 話 番 号	— —				
出産日又は 最終受診日	<input type="checkbox"/> 出産日 <input type="checkbox"/> 最終受診日	年 月 日			
多胎妊婦健康診査費用助成金の交付を申請する妊婦健康診査について、次の受診項目の該当する欄に○印を付けた上で、受診日並びに受診した医療機関が所在する都道府県及び医療機関の名称を記入してください。					
受診項目	受診日	受診した医療機関		実 際 の 支 払 金 額 ※市記載欄	助成金額 ※市記載欄
		所在する 都道府県	医療機関の名称		
15回目	年 月 日				
16回目	年 月 日				
17回目	年 月 日				
18回目	年 月 日				
19回目	年 月 日				
合 計					円
受付日付印		受付者			