様式第１号

高崎市多胎妊婦健康診査費　助成申請書

（あて先）高崎市長

令和　　年　　月　　日

高崎市多胎妊婦健康診査費の助成を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

なお、本申請に基づく助成金の支給決定にあたり、確認等が必要な場合には、市が受診医療機関等（助産所を含む）に受診状況の確認を行うことに同意します。

１．申請者　※妊婦健診を受診した本人

フリガナ 氏　　名		生年月日	昭和　　年　　月　　日 平成　　（　　歳）
現住所	〒		
受診日における住所	※現住所地と異なる場合のみご記入ください。 高崎市		
出産日 （分娩予定日）	令和　　年　　月　　日	連絡先	－　　－
妊婦健診 受診医療機関	（名称）		
	（所在地） （電話番号　　－　　－　　）		

２．振込先　※申請者と振込口座名義が異なる場合は、下記の□に✓してください。

□　配偶者に高崎市多胎妊婦健康診査費助成金受領の権限を委任します。

金融機関名		支店名		店番号	
口座種別	普通　・　当座	口座番号			
フリガナ 口座名義人		続　柄	本人　・　本人（旧姓）　・　夫		

３．添付書類

□医療機関等発行の妊婦健診受診当日の領収書と診療明細書の原本及びそのコピー
□振込先通帳の口座情報部分のコピー
□今回の妊娠期間に交付したすべての母子健康手帳
□母子健康手帳「妊娠中の経過（妊婦健康診査の受診結果）」のコピー
□請求書（市指定のもの）

【市処理欄】記入しないでください

収受	．　．　．	第　　－　　号	助成決定額	円

項目	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	第10回	第11回	第12回	第13回	第14回
健診日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
健診費用														
市補助券														
多胎補助														

項目	第15回	第16回	第17回	第18回	第19回	合　計
健診日	／	／	／	／	／	
健診費用						
市補助券						
多胎補助						