

多胎妊婦健康診査費用助成申請書

年 月 日

会津若松市長

住 所 会津若松市

申請者 氏 名

多胎妊婦健康診査について、次のとおり申請します。

多胎妊婦健康診査 受診者	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日生
		母子健康手帳番号	

住所・連絡先	〒 会津若松市		
	電話番号 (自宅 ・ 携帯)		
医療機関名	機関名	住所	
	機関名	住所	
振込先	金融機関名	支店名等	
	(ふりがな) 名義人	口座の種類	当座 ・ 普通
	口座番号		
※口座名義人が受診者以外の場合、ご記入ください。		(続柄)	

市記入欄

申請健診番号	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
多胎妊婦健康診査 申請金額	_____ 円 × _____ 回 = _____ 円
	_____ 円 × _____ 回 = _____ 円
	_____ 円 × _____ 回 = _____ 円
	_____ 円 × _____ 回 = _____ 円
	_____ 円 × _____ 回 = _____ 円
	合計金額 _____ 円

【個人情報の取り扱いについて】

記入された個人情報については、多胎妊婦健康診査費用助成申請以外の使用はいたしません