

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

（あて先）那珂川市長

申請者氏名 _____
続柄（ ）

多胎妊婦健康診査費用補助金交付申請書

多胎妊婦健康診査費用補助金の交付を受けたいので、那珂川市多胎妊婦健康診査費用補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、添付した健診結果が、健診事後指導や医学的な統計に使用されることに同意します。

記

1. 受診者氏名： _____

生年月日： _____ 年 月 日 () 歳

住 所： 那珂川市 _____ 電話番号： _____

2. 出産（予定）日： _____ 年 月 日

3. 受診回数・受診日及び請求金額内訳

区分	受診日	ア 領収金額	イ 支給限度額	請求額 (アとイのうち少ない額)
1回目	年 月 日	円	5,100円	円
2回目	年 月 日	円	51,000円	円
3回目	年 月 日	円	5,100円	円
4回目	年 月 日	円	5,100円	円
5回目	年 月 日	円	5,100円	円
			総合計	円

※関係書類（請求書（様式第2号）、医療機関等発行の領収書、母子手帳の妊婦健康診査結果記録の写し）を添えて、那珂川市保健センターに提出ください。