

年 月 日

多胎妊婦健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

（宛先）小金井市長

申請者 住 所
妊婦氏名 ⑩
電 話（ ） ー

多胎妊娠を理由に既定の回数を超えて妊婦一般健康診査を受診し、費用を負担したので、小金井市多胎妊婦健康診査費用助成金交付要綱第4条第1項の規定により下記のとおり助成金の交付を申請・請求します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

出産予定日	年 月 日	出産	
受診機関名			
受診機関住所			
助成対象健診	受診年月日	負担費用額	
	既定回数+1回目	年 月 日	円
	既定回数+2回目	年 月 日	円
	既定回数+3回目	年 月 日	円
	既定回数+4回目	年 月 日	円
既定回数+5回目	年 月 日	円	

多胎妊婦健康診査費用助成金口座振替依頼書

助成金については、次の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関	店番号	口座番号（普通口座）
銀行 本		
信用金庫 ・店	口座名義 (カタカナ)	
農協 支	口座は、原則申請者名義のものに限ります。	

- （注1）添付書類 ① 母子健康手帳の写し（表紙と妊娠中の経過のページ）
② 妊婦一般健康診査（以下「健診」という。）の領収証の写し及び診療明細書の写し
- （注2）助成金額 健診の自己負担額と助成上限額のいずれか低い方の金額
- （注3）申請期間 出産日（又は健診受診日）から1年間
- （注4）振 込 先 原則として妊婦の口座
妊婦名義の口座がない場合は、別紙委任状を提出すること。
- （注5）多胎妊娠を理由に既定回数に追加して受診した健診に限る。