

様式第2号（第5条関係）

つるぎ町多胎妊婦超音波検査費助成申請書

年 月 日

つるぎ町長 殿

申請者

住所 つるぎ町

氏名

電話

印

多胎妊婦超音波検査費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	つるぎ町	電話			
申請合計額	金 円 (①+②)					
医療機関名						
健診受診日	年	月	日	超音波検査	申請額①	
	年	月	日	超音波検査	申請額②	

【振込口座】

金融機関名	銀行 農業協同組合	支店 支所
預金種別	普通・当座	口座番号
(フリガナ) 口座名義		

処理欄		
申請額計 (I)	委託額計 (II)	支給決定額 (I)と(II)の金額を比較し少ない額

年 月 日 取扱者 印

※助成限度額（つるぎ町妊婦及び乳児健康診査費助成事業実施要綱第4条参照）

超音波検査費が上限額を超えた場合は、上限額までしか助成(申請)できません。助成(申請)回数は2回までです。

※添付書類

- 母子健康手帳の写し
- 妊娠18週、妊娠22週頃に実施した超音波検査の領収書及び診療報酬明細書
- 未使用の多胎妊婦超音波検査受診票

私は、つるぎ町多胎妊婦超音波検査費助成申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

年 月 日

申請者 住所 つるぎ町

氏名

印