

松戸市多胎妊婦健康診査費助成申請書

年 月 日

(宛先) 松戸市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

多胎妊娠に伴い妊婦健康診査を市の規定する回数を超えて受診しましたので、松戸市妊婦健康診査事業実施要綱に基づき、多胎妊婦健康診査の費用の助成申請をします。

対 象 者 (妊婦)	氏 名	(フリガナ)						
	生 年 月 日	年	月	日	(歳)			
	受 診 時 住 所	〒 松戸市						
提 出 書 類	1 医療機関等交付の領収書の原本 (返却希望) <u>(受診回数が 14 回を超えている 15 回目以降の受診分)</u> 2 母子健康手帳の健診記録 (写し) <u>(全てのお子様分)</u> 3 振込先金融機関等の預金通帳等 (写し) 4 その他							
振 込 先	金融機関名				支店			
	口座種別			口座番号				
	フリガナ							
	口座名義人							

記入例

松戸市多胎妊婦健康診査費助成申請書

令和4年4月1日

(宛先) 松戸市長

住所 松戸市竹ヶ花74-3

書類の内容について連絡する場合があります。日中連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。

申請者 氏名 松戸 花子
電話番号 047-366-5180

多胎妊娠に伴い妊婦健康診査を市の規定する回数を超えて受診しましたので、松戸市妊婦健康診査事業実施要綱に基づき、多胎妊婦健康診査の費用の助成申請をします。

対象者 (妊婦)	氏名	(フリガナ) マツド ハナコ		
		松戸 花子		
	生年月日	昭和59年12月21日 (37歳)		
	受診時住所	〒271-0072 松戸市竹ヶ花74-3		
提出書類	1 医療機関等交付の領収書の原本 (返却希望) (受診回数が14回を超えている15回目以降の受診分)			
	2 母子健康手帳の健診記録(写し) (全てのお子様分)			
	3 振込先金融機関等の預金通帳等(写し)			
	4 その他			
振込先	金融機関名	〇〇 銀行	支店	〇〇 支店
	口座種別	普通	口座番号	1 2 3 4 5 5
	フリガナ	マツド ハナコ		
	口座名義人	松戸 花子		

返却希望の場合は、○で囲んでください。

ゆうちょ銀行に振込をご希望の方は、支店名(例:〇一二支店)及び7桁の口座番号をご記入ください。