様式第１号（第６条関係）

西海市多胎妊婦健康診査費用支給申請書兼請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊婦(産婦)  氏名 | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 分娩予定日 | | 年　　月　　日 | | | 出 産 日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 住所 | | 〒　　　　－　　　　　　電話（　　　　　）　　　　－  西海市　　　　　　　町 | | | | | | | | |
| 検査実施  医療機関 | | 名称 |  | | | | | | | |
| 住所 | 電話（　 　　　）　　 　－ | | | | | | | |
| 健診実施日 | | 妊娠週数 | | 健診費用 | 健診実施日 | | | 妊娠週数 | | 健診費用 |
| 年　 月　 日 | | 週 | | 円 | 年　 月　 日 | | | 週 | | 円 |
| 年　 月　 日 | | 週 | | 円 | 年　 月　 日 | | | 週 | | 円 |
| 年　 月　 日 | | 週 | | 円 |  | | | | | |
| 支払い  希望機関 | 金融機関名 | | | | | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  口座名義 |  | | | |
| 銀行　　　　　　　本店・支店  農協　　　　　　　　　　支所  信用金庫　　　　　　　　　店  信用組合　　　　　　　出張所 | | | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | |
| 口座番号 |  | | | |
| 多胎妊婦健康診査に係る費用の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。支給金額は、上記の口座に振り込んでください。  　　　　　年　　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　印  　西海市長　　様 | | | | | | | | | | |
| 支　　給　　決　　定 | | | | | | | | | | |
| 第　　　回 | | 円 | | | 第　　　回 | | | | 円 | |
| 第　　　回 | | 円 | | | 第　　　回 | | | | 円 | |
| 第　　　回 | | 円 | | | 総支給額 | | | | 円 | |

関係書類：健診結果の写し（母子健康手帳の健診記録の写し等）

領収書など費用の額がわかるものの写し