

多胎妊娠妊婦・予定日超過妊婦健康診査支援事業申請書

山梨市長

妊婦健康診査を受診したので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

受診者(申請者) 氏名		該当	多胎妊婦 予定日超過妊婦 (どちらかに○をつけてください)
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住所	〒40 ー 山梨市 ☎ ー 携帯 ー ー		
出産予定日	年 月 日 母子健康手帳番号 ()		
妊婦健診受診日	受診年月日	受診時の妊娠週数	市役所記入欄
	① 年 月 日	週	円
	② 年 月 日	週	円
	③ 年 月 日	週	円
	④ 年 月 日	週	円
医療機関名	住所		
	病院・医院・助産所名 ☎		
申請金額	円		

※助成限度額は、妊婦健康診査費用の実額とし、1回につき6,000円を上限とする。

《振込指定口座》

金融機関名	() 銀行 () 支店 () 信用金庫・信用組合 () 支店 JAフルーツ山梨 () 支所 ゆうちょ銀行 (記号 ー)	
口座番号	□普通 ・ □当座	
口座名義人(カタカナ)		

《承諾欄》

私は、山梨市が助成金の申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

年 月 日 申請者氏名(自署) _____

注意) □座は受診者本人の名義で申請してください。

必要添付書類

- 1) 領収書 2) 母子健康手帳(妊娠中の経過欄の記録で確認します)

申請期限: 出産日から3か月以内に申請をしてください。