

様式第1号（第4条関係）

塩尻市多胎妊婦健康診査受診費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）塩尻市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号

塩尻市多胎妊婦健康診査受診費補助金の交付を申請します。

受診者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所		
受診医療機関	名称		
	所在地		電話番号
交付を受けようとする補助金の額	円		

塩尻市多胎妊婦健康診査受診費補助金の交付が決定された場合には、上記の額を次の金融機関口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	本店・支店 本所・支所 出張所
預金の種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

添付書類

- 1 受診医療機関が発行した領収書
- 2 母子健康手帳のコピー（多胎、受診日、医療機関の証明のため）

※申請の際に母子健康手帳を必ず持参してください。