様式第１号（第５条関係）

小樽市多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

　　年　　月　　日

（宛先）小樽市長

多胎妊婦の健康診査に係る費用の助成を受けたいので、小樽市多胎妊婦健康診査費助成事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

また、助成金の交付決定に必要な情報について、次の同意内容のとおり小樽市が閲覧又は照会することについて同意します。

同意内容

　・小樽市が保有する住民基本台帳の情報を閲覧（世帯情報の確認等）すること。

　・健康診査を行った医療機関に検査内容について照会すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成年度 | | | 年度 | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成事業の名称 | | | 小樽市多胎妊婦健康診査費助成事業 | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成金 | 健診受診日 | | | | | 健診額  （A） | | | | | | 助成上限額  （B） | | | | | 助成金申請額   1. と（B）   いずれか少ない額 |
| １回目 | 年　 月　 日 | | | | 円 | | | | | | ５，０００円 | | | | | 円 |
| ２回目 | 年　 月　 日 | | | | 円 | | | | | | ５，０００円 | | | | | 円 |
| ３回目 | 年　 月　 日 | | | | 円 | | | | | | ５，０００円 | | | | | 円 |
| ４回目 | 年　 月　 日 | | | | 円 | | | | | | ５，０００円 | | | | | 円 |
| ５回目 | 年　 月　 日 | | | | 円 | | | | | | ５，０００円 | | | | | 円 |
| 助成金交付申請額 | | | | | | | | | | | | | | | | 円 |
| 申請者 | ふりがな | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | ㊞ | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　日（　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 【自宅・携帯】　　－　　　－　　　　※日中連絡がとれる電話番号を記載 | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 銀行等（ゆうちょ銀行以外） | | 銀行  　　　　　　　　組合  　　　　　　　　金庫  　　　　　　支店 | | | | | | 口座番号 | | 普通  当座 | | | | | フリガナ  口座名義人 | |
|  | |
| ゆうちょ銀行 | | 記号 | １ |  | |  |  | | ０ | |  |  |  | フリガナ  口座名義人 | | | |
| 番号 |  |  | |  |  | |  | |  |  | １ |  | | | |

※　添付書類

　１　保険医療機関が発行する健康診査費に係る領収書等の写し

　２　母子健康手帳の表紙及び妊娠中の経過の欄の写し

　３　振込先口座情報がわかるもの（預貯金通帳の写し）

※小樽市記入欄　助成決定額　　　　　　円