様式第１号（第４条関係）

多久市安心して赤ちゃんを迎える費用助成金交付申請書

　　　年　　月　　日

　　多久市長様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申　請　者　氏　名 |  |
| 出産（予定）日 | 年　　月　　日 |
| 現　　住　　所　 | 〒 |
| 電　話　番　号 |  |
| ※下記に領収書を添付または診療（領収）の証明をしてください。【医療機関記入欄】領　収　書　貼　付　箇　所 |
| 診　療　額（領　収）証　明 |
| 超音波検査 | １回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| ２回目 | 　　　年　　月　　日　　　　　　円 |
| ３回目 | 　　　年　　月　　日　　　　　　円 |
| ４回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| ５回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| ６回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| ７回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| ８回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| ９回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| 10回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| 11回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| 12回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| ＮＳＴ検査 | １回目 | 　　　　年　　月　　日　　　　　　円 |
| ２回目 | 　　　　年　　月　　日　　　　　　円 |
| ３回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| ４回目 | 年　　月　　日　　　　　　円 |
| 上記の金額を領収しました。　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　㊞ |

【同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、多久市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。 | □はい　□いいえ |