

記入例

第1号様式（第5条関係）

〇〇年 〇月 〇日

（宛先）昭島市長

申請者 住所 **昭島市昭和町4-7-1**氏名 **昭島花子 → 口座名義人**

（代理の場合本人との関係： ）

昭島市多胎妊婦健康診査受診料補助金交付申請書

多胎妊婦を理由とする一般健康診査費用について補助金の交付を受けたいので、昭島市妊婦健康診査受診料補助金交付要綱第5条の規定により申請します。

申請額	記入しない 円		出産日	〇〇年 〇月 〇日
受診医療機関	名称 埼玉中央病院 所在地 埼玉県中央市本町123-4 電話 044-543-7303			
妊婦	氏名	昭島花子	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
	住所	昭島市昭和町4-7-1		
	電話	000-0000-0000		

市事務処理欄	年月日	支出額	償還額
受付印			
	受理番号（ ）	償還額合計	