

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者 住所

氏名

（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	円	出産日	年 月 日
受診医療機関	名称 所在地 電話		
妊婦	氏名	生年月日	年 月 日
	住所		
	電話		

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