

多胎妊婦に対する妊婦健康診査助成金申請書兼請求書

_____年 _____月 _____日

台東区長 様

多胎妊婦に対する妊婦健康診査助成金を申請します。支給金額は下記の口座に振り込んでください。なお、この申請に基づく交付決定にあたり、確認等が必要な場合は受診医療機関等に問い合わせをすることに同意します。

申請者兼請求者	フリガナ				捨印	生年月日		
	氏名	ⓐ			ⓐ	年 月 日		
	住所	〒_____ - _____ 台東区						
	電話番号				出産年月日 (出産前は予定日)	年 月 日		
助成申請額	受診票(回数)	健診受診日		自己負担額	助成限度額	申請額		
	妊婦健康診査(15回目)	年 月 日		円	円	円		
	妊婦健康診査(16回目)	年 月 日		円	円	円		
	妊婦健康診査(17回目)	年 月 日		円	円	円		
	妊婦健康診査(18回目)	年 月 日		円	円	円		
	妊婦健康診査(19回目)	年 月 日		円	円	円		
	合計	回				円		
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫			本店 支店 出張所			
	口座種別	普通	口座番号					右詰記入
	フリガナ							
	口座名義							

申請者以外又は旧姓の口座名義に振込みを希望される場合は、下記の委任状に申請者の自署による記入と捺印が必要です。

委任状	
私は、多胎妊婦に対する妊婦健康診査助成金の受領を上記口座名義の者に委任します。	
(申請者)	申請者との関係 ()
ⓐ (受任者)	

事務処理欄

住民日： _____年 _____月 _____日 窓口 / 郵送
 転出日： _____年 _____月 _____日 領収書等： _____枚 受付者 _____

收受印
