

多胎妊婦健康診査費助成金支給申請書兼請求書

品川区長あて

助成申請額	円
-------	---

私は、多胎妊婦健康診査費助成金の交付について下記のとおり申請し、請求します。
 請求金額については、下記口座にお振込みください。なお、申請書には助成対象となる項目のみ記載しています。
 この申請内容について、区が保有する公簿等を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請及び請求者記入欄(太枠内を記入)										
フリガナ								生年月日	年 月 日	
申請者氏名 (妊産婦ご本人)										
住所								電話		
出生(予定)年月日		年 月 日 出産・出産予定				母子健康手帳 交付日		年 月 日 交付		
振込先	口座振替 指定金融 機関	金融機関コード()				銀行 信用金庫 信用組合		支店番号()		本店 支店 出張所
	口座種別	1普通 2当座		口座番号 (右づめで記入)						
	フリガナ									
	*口座名義									

*口座名義欄に妊婦氏名以外または旧姓を記入する場合は下欄の委任状にもご記入が必要です。

委任状		
私は、助成金の受領を上記口座名義の者に委任します。		年 月 日
申請者(妊産婦)氏名		

多胎妊娠に伴う妊婦健康診査(15回目以降)			区処理欄		
	受診日	自己負担額	助成限度額	助成額	
15回目	月 日	円	円	円	
16回目	月 日	円	円	円	
17回目	月 日	円	円	円	
18回目	月 日	円	円	円	
19回目	月 日	円	円	円	
合計	回			円	

区処理欄	受付者	住民登録日	年 月 日	備考
		転出年月日	年 月 日	