

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、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向い...

郵送の場合は空欄でお願いします。

申請及び請求者記入欄(太枠内を記入)
フリガナ: しながわ はなこ
申請者氏名(妊産婦ご本人): 品川 花子
住所: 品川区広町0-0-0
電話: 00-000-0000
出生(予定)年月日: 0年0月0日
振込先: 口座振替指定金融機関: 000 (金融機関コード: 0000)
口座種別: 1普通 2当座
フリガナ: しながわ はなこ
*口座名義: 品川 花子

妊産婦ご本人以外の口座もしくは旧姓の口座を振込先に指定する場合はご記入ください。

*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

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。
申請者(妊産婦)氏名

令和8年度の助成の上限額は1回分の5,460円です。

Table with columns: 受診日, 自己負担額, 助成額, 合計. Includes a callout box: 15回目 5,460円, 16回目 5,000円, 計 10,460円が申請額になります。

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