

港区多胎妊婦健康診査費用助成金支給申請書

（宛先）港区長

多胎妊婦健康診査助成金の支給を申請します。支給金額は、下記の口座に振り込んでください。

*この審査に必要な住民基本台帳に関する情報及び医療機関等における情報について調査することに同意します。

申請日 年 月 日

申請者兼請求者	フリガナ					生年月日			
	妊産婦氏名					年 月 日			
	住所	〒 _____ - _____ 港区							
	電話番号				出産年月日 (出産前は予定日)	年 月 日			
助成申請額	未使用の受診票 (回数)	健診年月日	健診額 (A) (保険外診療のみ)	助成申請額 (B) 6年度/7年度	申請額 (A)(B)のうち低い 方の金額				
	妊婦健康診査 (15回目)	年 月 日	円	5,140/5,280円	円				
	妊婦健康診査 (16回目)	年 月 日	円	5,140/5,280円	円				
	妊婦健康診査 (17回目)	年 月 日	円	5,140/5,280円	円				
	妊婦健康診査 (18回目)	年 月 日	円	5,140/5,280円	円				
	妊婦健康診査 (19回目)	年 月 日	円	5,140/5,280円	円				
	合計	回				円			
振込先	金融機関名	銀行	本店	金融機関	店番				
	フリガナ	信用金庫	支店	番号					
	口座名義人	信用組合	出張所	口座番号					
				普通・当座					

*振込先の口座名義人が、申請者兼請求者（妊産婦氏名）の旧姓の場合は、「(旧姓)」と補記してください。

*振込先の口座名義人が、申請者兼請求者（妊産婦氏名）以外の場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委任状	
私は、上記の口座名義人に多胎妊婦健康診査費用助成金受領の権限を委任します。	
年 月 日	申請者兼請求者（妊産婦氏名）

事務処理欄

住民登録日： 年 月 日

窓 口 / 郵 送

転出年月日： 年 月 日

收受印
