

別記第1号様式(第5条関係)

多胎妊婦に対する妊婦健康診査費用助成申請書兼請求書

目黒区長 様

関係書類を添えて下記のとおり多胎妊婦に対する妊婦健康診査費用助成を申請します。
区が助成を決定した場合は、その額を下記の口座に振り込んでください。
なお、請求に当たり、区が私の住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は医療機関等に問い合わせをすることに同意いたします。

申請日 年 月 日

申請者兼請求者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 目黒区		
	転出されたかたは 転出先住所も ご記入ください	〒		
	日中連絡できる 電話番号		出産日 (出産前の場合 は予定日)	年 月 日
受診者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名 (申請者と異なる場合に記入)			

助成申請額	受診日	自己負担額	助成限度額	請求額(区記入欄)	
	妊婦健診(15回目)	年 月 日	円	5,070円	円
	妊婦健診(16回目)	年 月 日	円	5,070円	円
	妊婦健診(17回目)	年 月 日	円	5,070円	円
	妊婦健診(18回目)	年 月 日	円	5,070円	円
	妊婦健診(19回目)	年 月 日	円	5,070円	円
合計		回		円	

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合								本店 支店 出張所	
	口座種別	普通	当座	貯蓄	その他 ()	口座番号 (右詰め)					
	フリガナ										
	口座名義										

※ 振込先の口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状に申請者の自署による記入が必要です。

委 任 状	
私は、上記の口座名義人に多胎妊婦に対する妊婦健康診査費用助成金の受領を委任します。	
年 月 日	
委任者(申請者) 氏名	

【区 処 理 欄】

助成決定額	円
-------	---

住所 確認	母子手帳 等 確認	領収書等 確認
----------	-----------------	------------

収 受 印