

消えるボールペン、修正テープ、修正液は使用しないでください。

**記入例**

世田谷区多胎妊婦健康診査費用助成金申請書兼口座振替依頼書

世田谷区長 あて

世田谷区多胎妊婦健康診査費用助成金(以下「助成金」という。)について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、申請にあたり、区が住民基本台帳を閲覧すること及び審査に必要な内容を医療機関等へ確認することに同意します。

申請者は妊産婦の方になります。※訂正は不可

フリガナ <b>セタガヤ ハナコ</b>		申請日	令和5年4月1日	
申請者	<b>世田谷 花子</b> <small>※妊産婦名を記入</small>	生年月日	平成3年4月1日	
現住所	〒 <b>154-0017</b> 世田谷区 <b>世田谷4-21-27</b> <small>※転出された方は世田谷区での住所を記入</small>			
転出先	〒 <small>※世田谷区より転出している場合のみ記入</small>			
決定通知書送付先住所	<b>申請者の現住所もしくは転出先以外に書類の送付を希望する場合のみ記入してください。ご実家等で名字が異なる場合は「〇〇様方」</b> <small>則上記住所に送付。長期間不在にするなど特別な事情がある場合のみ記入</small>	( ) 様方		
電話番号	<b>090</b> <small>日中、連絡が取れる電話番号を記入ください。</small>	・ 携帯・里帰り先 ※いずれかに○を		
母子健康手帳交付日	令和3年11月1日	出産年月日	4年6月30日 <small>出産前は予定日</small>	
母子健康手帳の表紙に記入されています。	未記入で可。		※助成金額は区が決定します	
申請金額(請求額)	金	円		

審査の結果、助成金の支給を決定した場合は、私が指定する下記の口座に振り込んでください。口座名義人が私以外の場合は、助成金を受領する権限を口座名義人に委任します。

金融機関名及び支店名	等々力				世田谷			預金種別							普通												
	銀行・信用金庫・信用組合・労働金庫・農協				本店・支店			口座番号							1 2 3 4 5 6 7												
フリガナ	セタガヤ ハナコ																										
口座名義人	世田谷 花子														口座名義を旧姓使用している場合のチェック欄→												
申請者と口座名義人が異なる場合、口座名義人の住所														申請者と同一住所・別住所 [ ]													

請求に必要な書類(添付を確認したら□に✓してください。)

<input checked="" type="checkbox"/>	母子健康手帳のコピー	P8~9の「妊娠中の経過」欄等のコピー
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関の領収書のコピー	医療機関から発行された領収書のコピー
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関の診療費明細書のコピー	医療機関から発行された明細書のコピー

※その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

【区処理欄】

**区の記入欄です**