

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。

		申請日		年	月	日	
フリガナ				生年月日	年	月	日
申請者	※妊産婦名を記入						
現住所	〒	世田谷区					※転出された方は世田谷区での住所を記入
転出先	〒						※世田谷区より転出している場合のみ記入
決定通知書 送付先住所	〒	※原則上記住所に送付。長期間不在にするなど特別な事情がある場合のみ記入 ( 様方)					
電話番号	— —		自宅・携帯・里帰り先				※いずれかに○を
母子健康手帳 交付日	年	月	日	出産年月日 出産前は予定日	年	月	日
申請金額(請求額)	金		円		※助成金額は区が決定します		

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	銀行・信用金庫・信用組合 ・労働金庫・農協	本店・支店・出張所	預金種別				普通				
			口座番号								
コード			コード								
フリガナ	※必ず記入										
口座名義人	口座名義を旧姓使用している場合はチェック☑してください→										
申請者と口座名義人が異なる場合、口座名義人の住所						申請者と同居所・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 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 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 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】

住定日 年 月 日 ~ 年 月 日

			確認
受診回数	15回目以降	回	
助成回数	15回目以降	回	

支給決定額								円
-------	--	--	--	--	--	--	--	---