|  |
| --- |
| 深川市多胎の妊婦健康診査費助成事業申請書兼請求書 |
|  |
| 深川市長　　様  多胎妊婦健康診査費の助成につき、次のとおり関係書類を添付のうえ申請します。  交付が決定された場合には、交付決定された金額を下記指定口座に振り込むよう請求します。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 申請日 | 年　　月　　日 |
| 申  請  者  ・  妊  婦  氏  名 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 現住所 | 〒 -  深川市 | | |
| 電話番号 |  | 出産日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成申請額 | 妊婦健康診査受診日 | | 妊婦健康診査費用（Ａ)  （保険外診療のみ） | 助成限度額  （Ｂ) | 請求額（Ａ）または  （Ｂ） のうち  いずれか低い方の金額 |
| 妊婦健診（15回目） | 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 妊婦健診（16回目） | 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 妊婦健診（17回目） | 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 妊婦健診（18回目） | 年　　月　　日 | 円 | 5,000円 | 円 |
| 妊婦健診（19回目） | 年　　月　　日 | 円 | 5,000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 | | | | | | | | | |
| 金融機関コード |  |  |  | |  |  | | 支店コード | |  |  | |  | |  | | |
| 口座種別 | １.普通 ２.当座 | | | | 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健康診査費助成金受領の権限を委任します。 |
| 年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　申請者（妊婦氏名） |

|  |  |
| --- | --- |
| 《添付書類》 | 収受印 |
| ・健康診査の領収書（診療明細書を含む） |
| 《持参するもの》 |
| ・母子健康手帳 |
| ・振込口座の口座番号がわかるもの（通帳等） |