

多 摩 市 長 殿

多摩市里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金交付申請書

多摩市里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金交付要綱第5条第1項規定により次のとおり里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金の交付を申請します。なお、里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金の交付の決定を受けたときは、下記に指定する口座に振り込むようお願いいたします。

申 請 者(健診受診者)					
フリガナ				生年月日	
氏名				年 月 日	
現住所	(昼間に連絡ができる。) 電話 ()			出産日	年 月 日
受診時の多摩市の住所 (上記住所と異なる場合のみ記入)					
支払希望 金融機関	金融機関コード		店番号		1普通 2当座
	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		口座番号
口座名義人 (カナ)					

※ 口座名義人が申請者以外の場合は、下欄の委任状に記入押印が必要です。

委 任 状					
私は、里帰り等妊婦健康診査等受診費助成金の受領を上記口座名義人の者に委任します。					
年 月 日		請求者(申請者)氏名		印	
✓	種別	健診受診日	健診費用(領収書記載額)	申請額	決定額(市記入)
	1回目	年 月 日	円	円	円
	2回目	年 月 日	円	円	円
	3回目	年 月 日	円	円	円
	4回目	年 月 日	円	円	円
	5回目	年 月 日	円	円	円
	6回目	年 月 日	円	円	円
	7回目	年 月 日	円	円	円
	8回目	年 月 日	円	円	円
	9回目	年 月 日	円	円	円
	10回目	年 月 日	円	円	円
	11回目	年 月 日	円	円	円
	12回目	年 月 日	円	円	円
	13回目	年 月 日	円	円	円
	14回目	年 月 日	円	円	円
	15回目	年 月 日	円	円	円
	16回目	年 月 日	円	円	円
	17回目	年 月 日	円	円	円
	18回目	年 月 日	円	円	円
	19回目	年 月 日	円	円	円
	超音波1回目	年 月 日	円	円	円
	超音波2回目	年 月 日	円	円	円
	超音波3回目	年 月 日	円	円	円
	超音波4回目	年 月 日	円	円	円
	子宮頸がん	年 月 日	円	円	円
	新生児聴覚	年 月 日	円	円	円
	産婦1回目	年 月 日	円	円	円
	産婦2回目	年 月 日	円	円	円
	1か月	年 月 日	円	円	円
合計金額				円	円

住民(登録日)	母子手帳交付日	受付印
住民(転出日)	添付妊婦健康診査受診票	
	回目～ 回目	