

国立市多胎妊婦健康診査費用助成金交付申請書

国立市長殿

年 月 日

申請者 (受診者) 住所

氏名

※署名の場合は、押印不要です。

電話

国立市多胎妊婦健康診査費用助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

なお、この申請について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

Table with columns forフリガナ, 妊婦氏名, 出生年月日, 受診年月日, 受診機関名, 受診地, 自己負担額.

国立市多胎妊婦健康診査費用助成金口座振込依頼書(申請者の口座)

Table for bank transfer details including 振込先金融機関, 信用金庫, 銀行, 組合, 店, 預金種類, 口座番号, フリガナ, 口座名義.

※申請者以外の名義の口座へ振込みを希望する場合には、下欄にご記入ください。私は、国立市多胎妊婦健康診査費用助成金の受領を上記口座名義人に委任します。

年 月 日

委任者

※署名の場合は、押印不要です。

添付書類

- 多胎に係る全ての児童の母子健康手帳の表紙及び健康診査の記録の写し
助成を受けようとする健康診査の領収書