

杉並区多胎妊婦健康診査等費用助成申請書
兼支払金口座振替依頼書

杉並区長 宛

多胎妊婦健康診査等費用助成を申請します。助成金は、下記の口座に振込んでください。
この申請に必要な杉並区が所有する情報について、杉並区が閲覧・調査することに同意します。

※太枠内を消えないペンで記入してください。
※朱肉を使う印鑑で押印してください。

										申請日		年		月		日						
申請者兼請求者	フリガナ												生		年		月		日			
	(妊産婦)氏名												年		月		日					
	住 所		〒																			
	電話番号								転出前住所 (転出者のみ)		杉並区											
	母子健康手帳交付日		年				月		日		出産年月日		年		月		日		出産前は 予定日			
助成申請内訳	妊娠中の経過の記録・ 領収書で確認		✓		健診受診日				申 請 額		上限額を超える場合は上限額		上限額									
	妊婦健康診査(15回目)				年		月		日		円		R5年4月～R6年3月 2回目以降 5,090円									
	妊婦健康診査(16回目)				年		月		日		円		6年4月～R7年3月 2回目以降 5,140円									
	妊婦健康診査(17回目)				年		月		日		円		7年4月～R8年3月 2回目以降 5,280円									
	妊婦健康診査(18回目)				年		月		日		円											
	妊婦健康診査(19回目)				年		月		日		円											
					計 (a)		回		計 (b)		円											
1～14回目 受診		無		有		1～14 回数		(c)		回		1～14 助成額		(d)		円						
		□		□		計		(a)+(c)		回		合計		(b)+(d)		円						
振込先	金融機関名								銀行 金庫 組合								本店 支店 出張所		種 別		1. 普通 2. 当座	
	金融機関コード										支店番号											
	口座番号																				(口座番号は右詰め記入)	
	フリガナ(必須)																					
	口座名義																					

※口座名義人が、妊産婦本人以外の場合は、下記の委任状に申請者(妊産婦)の署名・押印が必要となります。

委 任 状																	
私は、上記の口座名義人に多胎妊婦健康診査等費用助成金の受領について委任します。																	
年 月 日 (妊産婦)氏名 印																	

※職員記載欄 ※旧姓の口座に振込む場合は、課長名の同一人確認書を添付

支給決定額								円		住民年月日		年 月 日～		年 月 日	
-------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	-------	--	--------	--	-------	--