

申請者は妊婦本人とし、現住所をお書きください。今後2か月以内に転出予定のあるかたは欄外に転出予定日、転出先住所をお書きください。(1か月後の月末に通知を送付いたします)

年 月 日

受領印

健康診査受診費助成金交付申請書

申請者 住 所 武蔵野市吉祥寺北町 4-8-10
 (妊婦) 氏 名 武蔵野 花子
 電話番号 0422-51-0700

多胎妊婦健康診査受診費助成金の交付を受けたいので、(武蔵野市多胎妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容を確認するために、武蔵野市長が住民基本台帳の閲覧、受診機関への確認等を行うことに同意します。

氏名と住所が、「申請者」と同じ場合は、
 ✓をお願いします。

妊婦の氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	妊婦の生年月日	昭和60年1月1日
受診時の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 武蔵野市	出産日	令和3年4月10日
受診年月日(15回目以降)	負担額		審査金額
令和2年12月15日	円		円
年 月 日	円		円
年 月 日	円		円
年 月 日	円		円
年 月 日	円		円
年 月 日	円		円
年 月 日	円		円
年 月 日	円		円
合計	円		円

審査金額欄は記入しないでください。市で領収書と診療明細書を確認後、記入いたします。(医療機関での支払額を全額助成するものではありません)

多胎妊婦健康診査受診費助成金について、次の口座に振り込んでください。

金融機関名	店名	口座番号(7桁)									
三菱UFJ	銀行 信用金庫 信用組合 農協	武蔵野			0	1	2	3	4	5	6
		本店 支店 出張所	店番	1	2	3	口座名義人(カタカナ) ムサシノ タロウ				

*振込先の口座名義を申請者本人

申請者と口座名義人が異なる場合には委任状に申請者の記名押印が必要です。

の委任状に記入と捺印が必要です。

私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。

令和4年4月1日 申請者 武蔵野 花子 印