

年 月 日

武蔵野市長 殿

受領印

武蔵野市多胎妊婦健康診査受診費助成金交付申請書

申請者 住 所 _____
 (妊婦) 氏 名 _____
 電話番号 _____

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。

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

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 銀行 信用金庫 信用組合 農協	店名		口座番号 (7桁)			
	店番					
			本店 支店 出張所	口座名義人 (カタカナ)		

* 振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入と捺印が必要です。

委任状

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。

年 月 日 申請者 印