第1号様式　　年　月　日

多胎妊娠に伴う妊婦健康診査費助成金申請書

新宿区長あて

申請額　　円

上記金額を助成金として申請しますので下記の口座に振り込みください。

申請及び請求者記入欄 （太枠内を記入）				
フリガナ			生年月日	年　月　日
申請者氏名（妊産婦ご本人）				
住　所	電話			
出生（予定）年月日	年　月　日 出産・出産予定		母子健康手帳交付日	年　月　日 交付
振込先 口座振替指定金融機関	金融機関コード（　　）　銀行 信用金庫 信用組合		支店番号（　　）　本店 支店 出張所	
振込先 口座種別	1普通　2当座	口座番号（右づめで記入）		
振込先 フリガナ			＊旧姓の口座を指定するときは以下に氏名の記入をお願いします。 振込先口座は私の旧姓の口座に間違いありません。	
振込先 ＊口座名義			氏名	

＊口座名義欄に申請者以外を指定する場合は下欄の委任状にもご記入が必要です。

委 任 状

私は、助成金の受領を上記口座名義の者に委任します。　　年　月　日

申請者（妊産婦）氏名

多胎妊娠に伴う妊婦健康診査（15回目以降）			区審査欄及び備考
回　数	受　診　日	自己負担金額（保険適用分を除く）	
15回目	月　日	円	
16回目	月　日	円	
17回目	月　日	円	
18回目	月　日	円	
19回目	月　日	円	

職　員　記　入　欄			
申請回数	助成限度額	自己負担額	助成決定額

窓口 ・ 郵送	整理番号								年　月　日受理
※ 記入例（裏面）	区民日	年　月　日					転出日		年　月　日