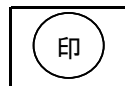


多胎妊娠に伴う妊婦健康診査費助成金申請書

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
申請者氏名 (妊産婦ご本人)
住所
出生(予定)年月日
振込先
口座振替指定金融機関
口座種別
フリガナ
*口座名義

* 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・押印が必要です。

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。
申請者(妊産婦)氏名

Table with 2 main columns: 多胎妊娠に伴う妊婦健康診査(15回目以降) and 区審査欄及び備考. Rows include 回数, 受診日, 自己負担金額.

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, 年月日, 転出日, 年月日