

① 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

② 申請額 32,500 円

③ 印

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		シンジユク ハナコ						生年月日		平成 2年 1月1日		
申請者氏名 ④ (妊産婦ご本人)		新宿 花子				印		平成 2年 1月1日				
住所 ⑤		新宿区歌舞伎町1-4-1								電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
出生(予定)年月日		令和3年 9月 1日 (出産) 出産予定			母子健康手帳 交付日 ⑥		令和3年 1月15日 交付					
振込先	口座振替 ⑦ 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				
	口座種別 ⑦	(1普通)2当座		口座番号(右つめで記入)		1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ ⑧	シン シ ュ ク ハ ナ コ		*旧姓の口座を指定するときは以下に署名をお願いします。 振込先口座は私の旧姓の口座に間違いありません。								
	*口座名義	新宿 花子								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・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。		
⑨ 申請者(妊産婦)氏名		年 月 日 印

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)	⑩	
15回目	7月 28日	7,500円	記入しないでください	
16回目	8月 4日	6,000円		
17回目	8月 11日	7,500円		
18回目	8月 18日	5,000円		
19回目	8月 25日	6,500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
記入しないでください			
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

説明事項

- ①区役所提出年月日を記入。
- ②自己負担額の合計を記入します。(ただし、審査により金額が変更する場合があります。)
- ③記入上、誤字の訂正等があった場合は申請者の印鑑で訂正いたしますので、捨印を押印願います。申請後、誤字等が発見されても、指定箇所に押印がないと一度お返しすることになりますのでご注意ください。
- ④妊婦健康診査を受けた妊産婦ご本人の氏名を記入し認印を押印してください。
- ⑤現在、転居されている方は現住所と新宿区の住所を記入してください。ただし、電話は現在の連絡先を記入してください。(例) A市〇〇(新宿区歌舞伎町〇-〇)
- ⑥母子健康手帳の表紙に記載してありますので、記入してください。
- ⑦口座振替指定金融機関等は、該当するものを〇で囲んでください。
- ⑧姓と名はスペースで空けてください。濁点(・)・半濁音(°)は一字としてみます。
*通帳等に記載のフリガナを記入。
- ⑨申請者と口座名義が異なる場合は、記入してください。また、申請者の認印で押印してください。
- ⑩色のついた部分は記入しないでください。