

年 月 日

多摩市長 殿

多摩市里帰り等妊婦健康診査受診費助成金交付申請書

里帰り出産等のため(助産所、都外の医療機関等)で妊婦健康診査を受診したため、多摩市里帰り出産等妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第5条の規定により下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

申請者 (健診受診者)	フリガナ						
	氏名	印					
		生年月日	昭和・平成	年	月	日	
現住所	(昼間に連絡ができる。) 電話 ()						
出産日又は最終受診日	年	月	日	合計金額	円	領収書枚数	枚
受診時の多摩市の住所 (上記住所と異なる場合のみ記入)		多摩市					
同意書 私は、審査に必要な住民基本台帳の公簿の確認に同意します。 (同意しない場合は住民票の写しを添付してください。)							
年 月 日		申請者氏名				印	

私が受領する里帰り等妊婦健康診査受診費助成金については、下記指定口座に振り込みを依頼します。

支払希望 金融機関 (ゆうちょ銀行は 下欄に記入)	コード				コード				口座番号	1普通 2当座			
	銀行・信用金庫・信用組合・農協			本店・支店・出張所									
フリガナ													
口座名義人													

ゆうちょ銀行	記号	1			0	-	*	番号								1
フリガナ																
口座名義人																

※ 口座名義人欄が申請者以外の場合は、下欄の委任状にも記入押印が必要です。

委任状														
私は、里帰り等妊婦健康診査受診費助成金の受領を上記口座名義人の者に委任します。														
年 月 日		請求者(申請者)氏名												

市処理欄	決定番号	振込日	住民(登録日)	領収証	母子手帳	受付印
		/				
		住民(転出日)	添付妊婦健康診査受診票			
		回目～	回目			