

記入例

第1号様式(第7条)

柏市多胎妊婦健康診査費用助成金支給申請書

令和 年 月 日

柏市長 へて (申請者と同じ場合は同上と記載ください。)

多胎妊娠に伴い妊婦一般健康診査の受診回数が、市の規定する回数を超えて受診したので、助成金を申請いたします。

フリガナ	カシワ ハナコ	申請者氏名 (受診者氏名)	柏 花子 (同 上)	受診者 生年月日	昭和 60年 4月 14日
受診日における住所	〒277-0004 (電話番号 ○○-○○○○-○○○○)		柏市 柏下65-1		
転出(予定)住所	※転出等で受診日における住所と異なる場合はご記入ください。 母子健康手帳の表紙にある日付及び別冊の右上の番号を記載ください。				
母子健康手帳 交付年月日・番号	△△年□□月○○日 No.□□□□□		お子さんの誕生日を記載ください。		
母子健康手帳 交付年月日・番号	△△年□□月○○日 No.□□□□□		出生年月日	△△年 □□月 ○○日	

振込先

ゆうちょ銀行の場合は支店名・口座番号をご確認ください。

金融機関名	かしわ	銀行 信用金庫 農協	かしわ	本店 支店 出張所
預金種別	普通	当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	カシワ ハナコ			
口座名義	柏 花子			

【必要書類確認欄】

- 健診機関の領収書・レシート原本(医療費明細書がある場合は添付して、(受診回数が14回を超えている15以上の受診分))
- 母子健康手帳「妊娠中の経過」のページ(全てのお子様分)
- 振込先の預金・貯金通帳(郵送の場合は振込口座のわかる部分の写し)
- 委任状(代理申請及び申請者以外の方の口座に振込を希望する場合)

口座名義は申請者本人になります。諸事情により申請者本人以外の口座に振込を希望される場合は「委任状」をご提出ください。

助成金の支給申請期限は、健康診査受診日(費用支払い日)より2年間になります。