

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 あて

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 申請者 氏名 (受診者 氏名)	(受診者 生年月日	年	月	日
受診日 における 住所	〒 (電話番号) 柏市				
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 交付年月日・番号	年	月	日	No.	
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

金融 機関名	銀行 信用金庫 農協 ()	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義		

【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ください)
(受診回数が14回を超えている15回以上の受診分)
- 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)

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。

(事務処理欄)

- ①申請書 記入漏れの確認
- ②母子健康手帳 領収書と合致する診察月日の横にチェックをいれる
(全てのお子様分) 受診回数が14回を超えている回数確認(15回以上受診分)
- ③領収書・医療費明細書(原本) 領収書: _____ 枚
 枚数: _____ 枚
- ④通帳コピー 申請書と振込先が同じか確認
- ⑤住定日 _____ 年 月 日

受付者: _____