

江戸川区多胎妊婦に対する妊婦健康診査受診費助成金申請書
（請求書兼支払金口座振替依頼書）

江戸川区長 殿

- ・以下のとおり、関係書類を添えて多胎妊婦に対する妊婦健康診査受診費助成金を申請します。
- ・申請等に当たり、区が私の住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は、医療機関等に問合せをすることに同意いたします。
- ・助成決定後は、以下の指定口座へ口座振替の方法により振り込んでください。

申請者・妊婦氏名	フリガナ		申請日	年 月 日
	氏名		生年月日	年 月 日
	現住所	〒 - 江戸川区		
	日中連絡ができる電話番号		出産日	年 月 日

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所										
	金融機関コード					支店コード									
	口座種別	1.普通		2.当座		3.貯蓄		口座番号（右詰め）							
	フリガナ														
	口座名義														

※ 振込先の口座名義人が申請者以外の場合は、別紙の委任状に申請者の自署による記入が必要です。

助成申請額	妊婦健康診査受診日			妊婦健康診査費用（A） （保険外診療のみ）	助成限度額（B）	請求額（A）又は（B）のうち いずれか低い方の金額
	妊婦健診（15回目）	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健診（16回目）	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健診（17回目）	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健診（18回目）	年 月 日	円	円	円	
	妊婦健診（19回目）	年 月 日	円	円	円	
	合計	回			円	

事務処理欄

☐ 母子健康手帳の「表紙」のコピー（多胎児の子どもの人数分） ☐ 母子健康手帳の「妊娠の経過」が記載されているページのコピー（多胎児の子どもの人数分） ☐ 普通預金通帳のコピーなど金融機関の振込先が確認できる書類 ☐ 当該妊婦健康診査（15回目から19回目まで）の領収書・明細書のコピー	住所要件確認者		受付印
	住民登録日		
	主管課受理日		
	助成決定額	円	