

年 月 日

伊賀市多胎妊婦健康診査費用助成申請書

伊賀市長 様

申請者 住所 〒 _____
伊賀市
氏名 _____
電話番号 () _____

出産(予定)年月日		年 月 日			
助 成 申 請 額	妊婦健康診査	受診日	健診費用 (A)	助成限度額 (B)	助成額*
	1 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
	2 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
	3 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
	4 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
	5 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
	合 計		円		円

*助成額は (A) と (B) で比較して、低い金額を記入

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 農協		支店・本店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			
※口座名義人の住所				

※振込先の口座名義人が申請者と異なる場合は、口座名義人の住所及び下記委任状に記名押印が必要です。

委 任 状

私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。

年 月 日 申請者 ㊟

※受診費用の領収書原本、母子健康手帳の「妊娠中の経過」「出産の状態」ページの写しを添付してください。
*助成の対象となる最後の妊婦健康診査を受診した日から1年以内に申請してください。

〈担当者使用欄〉 受付印

☐住基確認

☐領収書確認

☐期日確認