

多胎用

柏市妊婦・乳児一般健康診査・新生児聴覚検査費用助成金支給申請書

令和 年 月 日

柏市長 あて

多胎妊婦健康診査を受診したので、助成金を申請いたします。

1 申請書

フリガナ 申請者 (受診者氏名)			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	令和 年 月 日	出生年月日	年 月 日	
母子健康手帳 番号	No.	母子健康手帳 番号	No.	

2 振込先(振込先の口座名義は申請者の口座となります。申請者の口座以外への振り込みを希望される場合は委任状を記入してください。)

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 (申請者)								

申請者の口座以外への振り込みを希望される場合は、下記委任状を記入してください。

3 委任状

私は、下記の者を代理人と定め、本申請における柏市多胎妊婦健康診査費用助成金の領収の権限を委任します。

委任状作成日	令和 年 月 日				
委任者 (申請者)	氏名		代理人 (口座名義)	氏名	
	住所			住所	

4 必要書類チェック欄

- ☐ 受診回数が15回目以降の妊婦一般健康診査の領収書・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)
- ☐ 母子健康手帳「妊娠中の経過」のページ
- ☐ 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)

助成金の支給申請期限は、健診費用を支払った翌日から2年間になります。

(柏市使用欄)

以下は記入しないでください。

- ①申請書
- ②母子健康手帳
- ③領収書・医療費明細書(原本)
- ④通帳コピー
- ⑤住定日

- ☐ 記入漏れの確認
- ☐ 領収書と合致する診察月日の横にチェックをいれる
- ☐ 受診回数が15回以降の受診分
- ☐ 領収書: 枚
- ☐ 申請書と振込先が同じか確認
- 年 月 日

受付者: