

練馬区多胎妊婦健康診査費助成申請書兼請求書

年 月 日

練馬区長 殿

練馬区多胎妊婦健康診査費助成を申請します。支給金額は、下記の口座に振り込んでください。
記

申請者兼請求者	(フリガナ)							生 年 月 日		
	氏 名 (本人自署)							年 月 日		
	住 所	〒 練馬区								
	電話番号					出産年月日		年 月 日		
助成申請額	健康診査等種別	健診等受診日		申請額				決定額		
	妊婦健康診査(回目)	年 月 日		円				円		
	妊婦健康診査(回目)	年 月 日		円				円		
	妊婦健康診査(回目)	年 月 日		円				円		
	妊婦健康診査(回目)	年 月 日		円				円		
	妊婦健康診査(回目)	年 月 日		円				円		
	合 計	回		円				円		
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所			支店番号		種別
	口座番号									普通・当座
	フリガナ(必須)	(口座番号は右詰め記入)								
	口座名義									
領収書の返却		☐ 希望する ☐ 希望しない								

* 振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委 任 状	
私は、本件に係る助成金の受領を下記の者に委任します。	
(住所)	(氏名)
年 月 日	
申請者兼請求者氏名(本人自署)	

【区処理欄】 多胎妊婦健康診査費の助成について、下記のとおり決定する。

申請受付印	支給決定金額(上記内訳のとおり)						
	支給決定年月日	年 月 日					