

新発田市多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

新発田市長 宛て

医療機関で受診した妊婦健康診査にかかる費用、金 \_\_\_\_\_ 円について、助成を受けたいので申請します。

新発田市長 様

多胎妊婦健康診査にかかる費用の助成を受けるにあたり、必要ある時は、住民基本台帳の閲覧、受診医療機関への支払いの内訳の確認など、関係部署に確認することに同意し、申請します。

1. 申請者(妊婦氏名)

記入日 令和 年 月 日

Table with columns: 氏名, 生年月日(西暦), 申請者の現住所. Includes fields for name, date, address, and phone number.

2. 助成申請額

Table with columns: No., 妊婦健診受診日, 妊婦健康診査費用(A), 助成限度額(B), 請求額(A)または(B)のうちいずれか低い方の金額. Includes rows for individual visits and a total row.

Table for bank information with columns: 金融機関名, 支店名, 分類, 口座番号. Includes a list of bank types and a grid for account numbers.

口座名義人 ※「1.申請者」名義に限ります。左詰めでお書きください。

Table for signature and authorization with columns: 名義人カナ, 委任(口座名義が申請者本人以外の場合). Includes a signature line and a stamp area.

※21回目以降の妊婦健診については、この申請書をコピーしてお使いください。

Summary table with columns: 申請額, 申請受理日, 決定額, 決定日. Includes checkboxes for document attachments.

