

枚方市〔多胎用〕妊婦健康診査費補助金 交付申請書

(大阪府・京都府以外の医療機関受診用)

申請日 年 月 日

(あて先) 枚方市長

下記のとおり、必要書類を添えて、補助金の交付を申請します。
 なお、交付決定があったときは、下記振込口座に振り込んでください。

(フリガナ)		生年月日		昭和 年 月 日	
申請者氏名		電話番号		() -	
申請者住所		〒573-			
出産日 (予定日)		年 月 日		妊娠届出日 年 月 日	
受診日		申請額		交付決定額	
妊婦健診	①	年 月 日	円	円	備考
	②	年 月 日	円	円	
	③	年 月 日	円	円	
	④	年 月 日	円	円	
	⑤	年 月 日	円	円	
合計		円		円	
受診機関	名称				
	所在地				
	電話番号				
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	店舗	店番	本店 支店 出張所
	口座番号		預金種別	普通 当座 貯蓄 その他 ()	
	口座名義人 (※カナで記入して下さい)				
<委任状>私は、口座名義人を代理人と定め、妊婦健康診査費・産婦健康診査費補助金の受領についての権限を委任します。 申請者自署					

[必要書類]

- ① 未使用の〔多胎用〕妊婦健康診査受診券
- ② 母子健康手帳〔妊娠中の経過〕ページの写し
- ③ 医療機関が発行した領収書・明細書 (原本)

※申請内容について医療機関に確認させていただくことがあります。