

第2号様式（第8条関係）その2

日進市妊婦、産婦及び乳児健康診査受診費用助成申請書（多胎妊婦健診用）

受診者 氏名			生年 月日	年	月	日
受診医 療機関						
回	健診年月日	自己負担額（円）	※助成額（円）		備考	
1	・ ・					
2	・ ・					
3	・ ・					
4	・ ・					
5	・ ・					
※助成決定額		金 円				
<p>上記のとおり日進市妊婦、産婦及び乳児健康診査実施要綱第8条第3項の規定により申請します。 なお、申請内容の審査のため、市が住民基本台帳等の閲覧をすることを承諾します。 （宛て先） 日進市長 宛て 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 日進市 氏 名 電話番号（ ） ー</p>						
振込先	金融機関名		銀行 農業協同組合 信用金庫		本店 支店・支所	
	種 別	普通・当座	口座番号			
	(フリガナ)					
	口座名義人					

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

委任状	
申請者(委任者)氏名	
上記助成金の受領に関することを以下の者に委任します。	
受任者 住所	
氏名	(申請者との続柄)

注1 「※」の欄は日進市が記入します。

注2 添付書類：健康診査に要した費用の領収書・診療報酬明細書等、健診結果を記録した親子健康手帳（母子健康手帳）の写し