

別記第1号様式（第6条関係）

函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

函館市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

このことについて、多胎妊娠の妊婦健康診査にかかる費用の助成に関し、函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請いたします。

なお、交付の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会、提供および医療機関等に対する健康診査等の実施の有無等にかかる情報の照会について同意いたします。

助成金	健診受診日		健診費用 (A)	助成上限額 (B)	助成金申請額 (A)と(B)の いずれか少ない額
	1回目	年 月 日	円	5,000円	円
2回目	年 月 日	円	5,000円	円	
3回目	年 月 日	円	5,000円	円	
4回目	年 月 日	円	5,000円	円	
5回目	年 月 日	円	5,000円	円	
助成申請金額					円
振込先	金融機関	銀行・信用金庫		本店	
		農協・労働金庫		支店	
※	ふりがな		口座 番号	普通・当座	
	口座名義人				

※申請者本人名義以外の口座への振込みには、裏面の委任状への記入・押印が必要となります。

【添付書類】

- 健康診査の領収書および明細書の原本
- 母子手帳の「妊娠中の経過」および「出生届出済証明」の写し

## 委任状

私（委任者）は、次の者（受任者）に函館市から支払われる函館市多胎妊娠の妊婦健康診査費用助成金の受領にかかる権限を委任します。

委任者	氏名	印	受任者	住所
				氏名