第1号様式（第4条関係）

越谷市多胎妊婦健康診査費用助成金交付申請書（報告書）兼請求書

年 月 日

越谷市長 宛

住 所
申請者 氏 名
電 話

次のとおり、越谷市多胎妊婦健康診査費用助成金の交付を受けたいので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請するとともに、同規則第18条第2項の規定により請求します。

受診者	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
	住所	☐ 申請者と同じ 越谷市	出 産 日	年 月 日
振込先口座	銀行		本店	
	信用金庫		支店	
		農 協	普通 ・ 当 座	
	口座	フリガナ	口座番号	
	名義人			

※申請者以外の方の口座に振込みを希望する場合は、委任状にご記入ください。

委任状	
私は、次の者に多胎妊婦健康診査費用助成金の受領を委任します。	
受任者（口座名義人）	委任者（申請者）
住所 _____	住所 _____
氏名 _____	氏名 _____ 印 _____

越谷市妊婦健康診査助成券を使用せず、保険適用外で受診した対象妊婦健康診査について、次のとおり報告します。

受診日	支払額（申請額）	助成限度額	交付決定額（※市記入）
年 月 日（ 週）	円	5,000 円	円
年 月 日（ 週）	円	5,000 円	円
年 月 日（ 週）	円	5,000 円	円
年 月 日（ 週）	円	5,000 円	円
年 月 日（ 週）	円	5,000 円	円

【添付資料】

- 母子健康手帳の写し（出生届出済証明のページ、妊娠の経過のページ）
- 医療機関等が発行した領収書、明細書等（原本）
- 振込先の口座情報がわかるもの（通帳又はキャッシュカード）の写し

【注意事項】 ※お読みになりましたら、□にチェックを入れてください。

- 妊婦健康診査受診日に越谷市に住民登録のある方が対象です。
- 母子健康手帳の交付日以降の妊婦健康診査で、越谷市妊婦健康診査助成券を使用せずに、自費（保険適応外）で受診した妊婦健診について助成します。
- 助成回数は、5回を上限とします。
- 助成金額は、自己負担した費用の全額ではありません。定められた助成金額（5,000円）と妊婦健康診査で自己負担した費用を比較して、少ないほうの金額になります。