

中央区多胎妊婦健康診査費用助成金請求書兼口座振替依頼書

（宛先）中央区長

中央区多胎妊婦健康診査費用助成金として下記のとおり請求します。

記

		請 求 日	年 月 日
ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏 名	（自署してください。）		
住 所	〒 ー		
電話番号			

請求内訳	
対象	請求金額
15回目	円
16回目	円
17回目	円
18回目	円
19回目	円
請求金額合計	円

私が受領する中央区多胎妊婦健康診査費用助成金については、次の指定口座に振込を依頼します。
（口座使用については中央区多胎妊婦健康診査費用助成金に係るものに限る。）

振込先金融機関名		銀 行 信用組合 信用金庫				本 店 支 店 出 張 所			
		コード				コード			
振 込 口 座	口座種別	1 普通 2 当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義※								

※振込先の口座名義人が請求者以外の場合は、下欄の委任状に記入が必要です。

<p>委任状</p> <p>私は、中央区多胎妊婦健康診査費用助成金の受領を上記口座名義の者に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">対象者氏名</p>
