

【記入例】 ※記入の際、フリクションペン等の消せるペンは使用しないでください。



里帰り出産等妊婦健康診査費助成申請書兼請求書 令和●年●月●日

文京区長様

里帰り出産等妊婦健康診査費助成を申請します。支給金額は、下記の口座に振り込んでください。

記

申請者兼請求者	(フリガナ) フンキョウ ハナコ	生 年 月 日	平成 ● 年 ● 月 ● 日				
妊産婦氏名	文京 花子	(印)					
住 所	郵便番号 〒112-8555 文京区春日1-16-21-801						
電話番号	03-5803-1229	出産(予定)年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日				
助成申請額	健康診査種別	健診受診日	健診額 (A)	助成限度額 (B)			申請額 (A)と(B)でいずれか少ない額
		年 月 日	円	R4.4~ 受診分	R5.4~ 受診分	R6.4~ 受診分	円
	妊婦健康診査(1回目)	年 月 日	円	10,850円	10,880円	10,980円	円
	妊婦健康診査(2回目)	年 月 日	円	5,070円	5,090円	5,140円	円
	妊婦健康診査(3回目)	令和●年●月●日	4.000 円	5,070円	5,090円	5,140円	4.000 円
	妊婦健康診査(4回目)	年 月 日	円	5,070円	5,090円	5,140円	円
	妊婦健康診査(5回目)	年 月 日	円	5,070円	5,090円	5,140円	円
	妊婦健康診査(6回目)	年 月 日	円	5,070円	5,090円	5,140円	円
	妊婦健康診査(7回目)	年 月 日	円	5,070円	5,090円	5,140円	円
	妊婦健康診査(8回目)	令和●年●月●日	10.000 円	5,070円	5,090円	5,140円	5.140 円
	妊婦健康診査(9回目)	令和●年●月●日	6.000 円	5,070円	5,090円	5,140円	5.140 円
	妊婦健康診査(10回目)	令和●年●月●日	6.000 円	5,070円	5,090円	5,140円	5.140 円
	妊婦健康診査(11回目)	令和●年●月●日	4.000 円	5,070円	5,090円	5,140円	4.000 円
	妊婦健康診査(12回目)	年 月 日	円	5,070円	5,090円	5,140円	円
	妊婦健康診査(13回目)	年 月 日	円	5,070円	5,090円	5,140円	円
	妊婦健康診査(14回目)	年 月 日	円	5,070円	5,090円	5,140円	円
	妊婦超音波検査(1回)	令和●年●月●日	6.000 円	5,300円	5,300円	5,300円	5.300 円
妊婦超音波検査(2回)	年 月 日	円	5,300円	5,300円	5,300円	円	
妊婦超音波検査(3回)	年 月 日	円	5,300円	5,300円	5,300円	円	
妊婦超音波検査(4回)	年 月 日	円	5,300円	5,300円	5,300円	円	
妊婦子宮頸がん検診	年 月 日	円	3,400円	3,400円	3,400円	円	
新生児聴覚検査	令和●年●月●日	5.000 円	3,000円	3,000円	3,000円	3.000 円	
合計						31.720 円	
振込先	金融機関名	○×△□ 銀行 信用金庫 信用組合	○× 本店 支店	種別	① 普通 2 当座		
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 (口座番号は右詰め記入)					
	フリガナ(必須)	フンキョウ タロウ					
口座名義	文京 太郎						

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

委任状

私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

申請者兼請求者氏名 **文京 花子**



【区処理欄】 里帰り出産等妊婦健康診査費の助成について、下記のとおり決定する。

申請受付印	支給決定金額 (上記内訳のとおり)						
	支給決定年月日		年	月	日		

申請印と同じ朱肉を使う印鑑を押印してください。

朱肉を使う印鑑を押印してください。

申請日現在の住所をご記入ください。

屋間連絡のとれる電話番号をご記入ください。

母子健康手帳「妊娠中の経過」で何回目の受診かをご確認いただき、同じ回数欄にご記入ください。(交付年度により異なりますが、P8~9にあります。)

保険診療費用や、保険外費用でも妊婦健診ではないもの(予防接種や文書料等)は対象外となります。
領収書によって、妊婦健診の記載方法が異なりますので、ご不明点がある場合は、健診額は記載せず、申請の際窓口でお問い合わせいただくことをお勧めします。

健診額が、助成限度額を上回る場合は助成限度額を、下回る場合は健診額をご記入ください。
健診受診日により助成限度額が異なりますのでご注意ください。

ゆうちょ銀行の場合は、記号番号ではなく、振込用の店名、預金種目、口座番号をご記入ください。

口座名義が申請者(妊産婦)以外の場合は委任状欄に必ず申請者が記入・押印してください。

申請者(妊産婦)氏名をご記入ください。

申請印と同じ朱肉を使う印鑑を押印してください。

必要書類等チェックリスト

- 里帰り出産等妊婦健康診査費助成申請書兼請求書
- 印鑑(朱肉を使うもの)
- 契約外医療機関または助産所で妊婦健康診査を受診した時の領収書(写しでも可)
契約外医療機関で新生児聴覚検査を受診した時の領収書(写しでも可)
- 未使用の妊婦健康診査受診票等
未使用の新生児聴覚検査受診票
- 母子健康手帳表紙の写し
「妊娠中の経過」部分の写し
「新生児聴覚検査の記録」部分の写し
(転入等で、他自治体発行の母子健康手帳の場合は表紙と健診記録が分かる部分)
- 支払金口座振替依頼書
(健康推進課窓口にあります。窓口にてご記入いただきます。)