

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)						生 年 月 日		
	妊産婦氏名	㊞					年 月 日		
	住 所	郵便番号							
	電話番号				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		
				H31.4~ 受診分	R2.4~ 受診分	R3.4~ 受診分			
	妊婦健康診査(1回目)	年 月 日	円	10,850円	10,850円	10,850円	円		
	妊婦健康診査(2回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(3回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(4回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(5回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(6回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(7回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(8回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(9回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(10回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(11回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(12回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(13回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦健康診査(14回目)	年 月 日	円	5,070円	5,070円	5,070円	円		
	妊婦超音波検査(1回)	年 月 日	円	5,300円	5,300円	5,300円	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	年 月 日	円	3,000円	3,000円	3,000円	円			
合計						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	(口座番号は右詰め記入)							
	フリガナ(必須)								
	口座名義								

※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押印が必要です。

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

㊞

【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				