

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 | 印 | | | | | 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 | | |
| | | | | R2.4～ 受診分 | R3.4～ 受診分 | R4.4～ 受診分 | (A)と(B)で いずれか少ない額 | | |
| | 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

印

【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 | | | | | |