

荒川区里帰り出産等妊婦健康診査等の費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

荒川区長 殿

↑日付は記入しないでください

下記のとおり里帰り出産等妊婦健康診査等の費用助成金の交付を申請します。助成金については、下記口座への振込みを希望します。なお、本申請に当たり、私の住民基本台帳を確認すること及び健診・検査の内容等について医療機関等へ確認することについて同意します。

記

申請者兼請求者	妊産婦氏名	ふりがな あらかわ はなこ 荒川 花子	生年月日	平成 年 〇〇月 〇 日		
			出産年月日	令和 年 〇 月 〇〇 日		
	住所	〒 116 - 〇〇 荒川区 〇〇〇 〇 丁目 〇〇 番 〇 - 〇〇〇 号		電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
申請事由	①.実家等の近くの病院で出産のため 2.助産院で出産のため 3.自己都合のため 4.その他					
助成申請額	健康診査等種別・回数	申請者兼請求者記入欄		荒川区保健所記入欄		
		健診等受診日	健診等に要した費用 (A)	助成基準額 (B)	(A)(B)のいずれか少ない方の金額	
	妊婦健診	1回目	年 月 日			円
		2回目	年 月 日			円
		3回目	年 月 日			円
		4回目	年 月 日			円
		5回目	年 月 日			円
		6回目	年 月 日			円
		7回目	年 月 日			円
		8回目	年 月 日			円
		9回目	〇年 5月 7日			円
		10回目	〇年 5月 21日			円
		11回目	〇年 6月 4日			円
		12回目	〇年 6月 11日	8,300 円		円
		13回目	〇年 6月 18日	6,700 円		円
		14回目	〇年 6月 2日	6,700 円		円
	超音波検査	1回目	年 月 日			円
		2回目	年 月 日			円
		3回目	年 月 日			円
		4回目	年 月 日	6,000 円		円
子宮頸がん検診	〇年 6月 18日			円		
産婦健診	1回目	〇年 7月 12日	5,000 円		円	
	2回目	〇年 7月 2日	5,000 円		円	
新生児聴覚検査	〇年 6月 3日		4,000 円		円	
1か月児健診	〇年 7月 2日		6,000 円		円	
健診等に要した費用の合計			記入しない 円	請求金額	記入しない 円	

自費で支払った金額を記入してください。
(※健康保険適用分は対象外です)
自費か保険適用か不明の場合は記入しなくて結構です。

「助成基準額(B)」も、「(A)(B)のいずれか少ない金額」も、記入しないでください。

振込希望先	金融機関名	〇〇 銀行 農協 信用金庫 信用組合	△△△ 本店 支店 出張所	金融機関コード/支店番号	金融機関コード				支店番号		
	口座種別	①普通・②当座	口座番号(7桁・右詰めで記入)	記入しない				1	2	3	
	口座名義 ※	(フリガナ) アラカワ タロウ (漢字) 荒川 太郎	4	5	6	7	8	9	0		

※. 口座名義欄に申請者兼請求者(妊産婦)氏名以外または旧姓を記入する場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委任状	私は上記の口座名義人に里帰り出産等妊婦健康診査等の費用助成金受領の権限を委任します。								
	年	月	日	申請者兼請求者(妊産婦)氏名	荒川 花子				

【区処理欄】

内訳		助成決定金額	円
----	--	--------	---

この線より下は記入しないでください