

里帰り等の妊婦健康診査費助成金申請書

新宿区長あて

申請額 円

上記金額を助成金として申請しますので下記の口座に振り込みください。

申請及び請求者記入欄 (太枠内を記入)
フリガナ
申請者氏名 (妊産婦ご本人)
生年月日
住所
電話
出生(予定)年月日
出産・出産予定
母子健康手帳 交付日
申請理由
東京都外での受診
その他
振込先
口座振替 指定金融機関
銀行 信用金庫 信用組合
支店番号
本店 支店 出張所
口座種別
1普通 2当座
口座番号(右づめで記入)
フリガナ
\*口座名義
氏名

\*口座名義欄に申請者以外を指定する場合は下欄の委任状にもご記入が必要です。

委任状
私は、助成金の受領を上記口座名義の者に委任します。
申請者(妊産婦)氏名

妊婦健康診査票の利用
受診票使用枚数
未使用受診票
妊婦健康診査
超音波検査
子宮頸がん検査
区審査欄及び備考

職員記入欄
区分 回数 限度額
初回 超音波
2~14回 子宮がん
助成限度額計
自己負担額
助成決定額

窓口・郵送
整理番号
年 月 日受理
※ 記入例(裏面)
区民日
年 月 日
転出日
年 月 日