

里帰り等の妊婦健康診査費助成金申請書

新宿区長あて

②申請額 36,500 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 シンジュク ハナコ
申請者氏名 ③ (妊産婦ご本人) 新宿 花子
生年月日 平成 7 年 7 月 20日
住所 ④ 新宿区歌舞伎町1-4-1
電話 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
出生(予定)年月日 令和 6 年 9 月 1 日 (出産・出産予定)
母子健康手帳 交付日 ⑤ 令和 6 年 2 月 25 日
申請理由 (東京都外での受診) その他( )
振込先 ⑥ 口座振替 指定金融機関 △△△△ (銀行) 信用金庫 金融機関コード( 〇〇〇〇 ) 信用組合
口座種別 (1普通) 2当座 口座番号(右づめで記入)
フリガナ ⑦ シン シ ユ ク ハ ナ コ
\* 口座名義 新宿 花子

\* 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
区審査欄及び備考
妊婦健康診査
超音波検査 ⑩ 受診票使用枚数 2 枚 未使用受診票 1 枚
子宮頸がん検診⑪ 検査日 月 日 受診票の利用 (有)・無

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

窓口・郵送 整理番号 年月日受理
区民日 年月日 転出日 年月日

説明事項
①区役所提出年月日を記入
②自己負担額の合計を記入
③妊婦健康診査を受診した妊産婦ご本人の氏名を記入し認印を押印してください。
④現在、転出されている方は現住所と新宿区の住所を記入してください。ただし、電話は現在の連絡先をお願いします。(例)A市〇〇(新宿区歌舞伎町〇-〇)
⑤母子健康手帳の表紙に記載してありますので、記入してください。
⑥該当されるものを〇で囲んでください。
⑦姓と名はスペースで空けてください。濁点(・)・半濁音(゜)は一字としてみます。\*通帳等に記載のフリガナを記入。
⑧申請者以外の方に振込して欲しい場合は申請者(妊産婦)の氏名等記入してください。
⑨受診票が使用できなかった回で保険適用外分の自己負担金を記入してください。
⑩超音波検査の受診票の使用枚数と未使用の枚数を書いてください。
⑪子宮頸がん検査受診票の使用の有無を書いてください。(受診票を使用できなかった場合は検査日を記入してください。)
⑫色のついた部分は記入しないで下さい。
※記入上、誤字があった場合は再度書き直しをお願いします。申請後、誤字等が発見された際に、一度お返しさせていただくこと場合がありますのでご注意ください。