

里帰り等の1か月児健康診査費助成金申請書

新宿区長あて

②申請額 6,000 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。

申請者記入欄（太枠内を記入）													
フリガナ		シンジユク ハナコ					生年月日		昭和 7 年 1 月 1 日 平成				
申請者氏名 ③（産婦ご本人）		新宿 花子											
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						
出産年月日		令和 8年 10月 1日					母子健康手帳 交付日 ⑤		令和8 年 3月 1日 交付				
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	△△△△ 金融機関コード(□□□□)					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)			1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ⑦	シ	ン	シ	ユ	ク	ハ	ナ	コ	* 旧姓の口座を指定するときは以下に氏名の記入をお願いします。 振込先口座は私の旧姓の口座に間違いありません。			
	* 口座名義	新宿 花子					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。	年 月 日
⑧ 申請者(産婦)氏名	

1か月児健康診査の受診について			区審査欄及び備考	
受診人数	受診日(受診票未使用)	自己負担金額 ⑨ (保険適用分を除く)	記入しないでください	
1 人	10月 31日	6,000 円		

区職員記入欄		窓口・郵送	年 月 日受理	
助成限度額計(6,000円/人)	人 円	整理番号		
自己負担額	円	区民日	年 月 日	
助成決定額	円	転出日	年 月 日	

①区役所提出年月日を記入します。

②自己負担額の合計を記入します。(ただし、審査により金額が変更する場合があります。)

③産婦ご本人の氏名を記入してください。

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○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(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場合がありますのでご注意ください。