

記入見

婦健診費・新生児聴覚検査費(里帰り等)助成申請書

(フリガナ) 妊産婦氏名	しながわ はなこ 品川 花				
生年月日	〇〇〇〇年	〇 月	〇 日	(〇〇 歳)	
出産年月日 (出産前の方は予定)	〇〇〇〇年	〇 月	〇 日		

振込先金融機関名	〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	(支店番号: 〇〇〇)	本店 支店 出張所
口座の種類	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	しながわ はなこ			
口座名義人	品川 花			

※ 振込先の記載に誤りがあると、助成金を振り込むことができません。正確に記載してください。

助成申請額

例

金 _____ 円

妊婦健康診査・新生児聴覚検査費(里帰り等)の助成を申請します。

この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、品川区が調査することに同意します。

なお助成金は、上記の口座にお振り込みください。

〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日

品川区長あて

修正液・テープの使用不

住 所 **品川区広町2-1-36**

妊産婦氏名 **品川 花子**

日中連絡が取れる番

電 話 ()

口座名義人欄に、妊産婦氏名以外または旧姓を記入する場合は、下欄の委任状に妊産婦氏名の記入が必要となります。

私は、上記口座名義人に妊婦健康診査・新生児聴覚検査費(里帰り等)	口座名義人と妊産婦指名が異なる場合は妊産婦指名を記入
年 月 日	
妊産婦氏名	

..... 《 事務処理欄 》

住民情報 システム確認	母子健康 手帳確認	領収書 確認	受付 担当			
<input type="checkbox"/> 医療機関 確認	未使用 受診票受理 数	1回目	2回目 以降	超音波	子宮頸 がん	新生児 聴覚

(1回目) 妊婦健康診査(水色) (助産所における妊婦健康診査費用は不可)			円 (A)
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)
年 月 日	円	10,980 円	円

(2回目) 妊婦健康診査(黄色)			13,880	円 (B)
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)	
1 令和6年 4月 1日	11,000 円	5,140 円	5,140 円	
2 令和6年 4月 15日	23,000 円	5,140 円	5,140 円	
3 令和6年 4月 20日	3,600 円	5,140 円	3,600 円	
4 年 月 日	円	5,140 円	円	
5 年 月 日	円	5,140 円	円	
6 年 月 日	円	5,140 円	円	
7 年 月 日	円	5,140 円	円	
8 年 月 日	円	5,140 円	円	
9 年 月 日	円	5,140 円	円	
10 年 月 日	円	5,140 円	円	
11 年 月 日	円	5,140 円	円	
12 年 月 日	円	5,140 円	円	
13 年 月 日	円	5,140 円	円	

親子健康手帳(母子健康手帳)・領収書の日付と一致
※親子健康手帳(母子健康手帳)に記載がない場合でも、対象とな

保険診療や物品、文書料等を除いた額

aとbのうち低い方の額

妊婦健康診査の受診日と一致

妊婦健康診査の支払額(a)から助成額を引いた額

妊婦超音波検査(白色) (助産所における妊婦健康診査費用は不可)			10,600	円 (C)
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)	
1 令和6年 4月 1日	5,860 円	5,300 円	5,300 円	
2 令和6年 4月 15日	17,860 円	5,300 円	5,300 円	
3 年 月 日	円	5,300 円	円	
4 年 月 日	円	5,300 円	円	

妊婦子宮頸がん検診(桃色) (助産所における妊婦健康診査費用は不可)			円 (D)
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)
年 月 日	円	3,400 円	円

親子健康手帳(母子健康手帳)18ページに記載されている検査年月日を記入

新生児聴覚検査(白色)			3,000	円 (E)
受診年月日を記入	支払額 (a)	助成限度額 (b)	助成額 (aとbのうち低いほうの額)	
年 月 日	6,000 円	3,000 円	3,000 円	

13,880円+10,600円

助成合計額	妊婦健診合計額 (A)+(B)+(C)+(D)	24,480 円
	新生児聴覚検査額 (E)	3,000 円
	合計額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)	27,480 円