

記入例 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 子	
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	〇〇〇〇		銀行 信用金庫 信用組合	(支店番号: 000) 〇〇〇〇	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	8
フリガナ	しながわ はなこ										
口座名義人	品 川 花 子										

品川

修正する場合は、二重線を
引き、押印または署名
修正液、修正テープは不可

※ 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。正確に記入してください。

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 住 所 品川区広町2-1-36 妊産婦氏名 品 川 花 子 電 話 ()	

日中連絡が取れる番号

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	
☐ 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)	
		R5.4～ 受診分	R6.4～ 受診分	R7.4～ 受診分		
年 月 日	円	10,880円	10,980円	11,280円	円	

(2回目) 妊婦健康診査(黄色)				14,020			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)			
		R5.4～ 受診分	R6.4～ 受診分	R7.4～ 受診分				
1 令和7年 3月 1日	11, 000 円	5,090円	5,140円	5,280円	5, 140 円			
2 令和7年 4月 1日	23, 000 円	5,090円	5,140円	5,280円	5, 280 円			
3 令和7年 4月 15日	3, 600 円	5,090円	5,140円	5,280円	3, 600 円			
4 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円			
	円	5,090円	5,140円	5,280円	円			
	円	5,090円	5,140円	5,280円	円			
	円	5,090円	5,140円	5,280円	円			
10 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円			
11 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円			
12 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円			
13 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280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、対象となる
領収書があれば追加できます。

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
bは診療日によって変
わります

妊婦健康診査の支払額(a)から助成額を引いた額
11,000-5,140=5,860円

妊婦健康診査の
受診日と一致

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7年 3月 1日	5, 860 円	5, 300 円			5, 300 円			
2 令和7年 4月 1日	17, 720 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)		
	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)				
令和7年 4月 20日	6, 000 円	3, 000 円		3, 000 円				

助成合計額	妊婦健診合計額 (A)+(B)+(C)+(D)	14, 020円+10, 600円		24, 620 円
	新生児聴覚検査額 (E)			3, 000 円
	合計額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)			27, 620 円