

里帰り等健診・検査費助成申請書

(フリガナ) 妊産婦氏名	シナガワ ハナコ 品川 花子	(生年月日) 〇〇〇〇 年 〇 月 〇
出産年月日 (出産前の方は予定)	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日	
(フリガナ) お子様の氏名 ※1か月児健診申請の場合記入してください。	シナガワ タロウ 品川 太郎	1か月児健診申請の場合のみ記入

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	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	品川
フリガナ	シナガワ ハナコ			
口座名義人	品川 花子			

修正する場合は、二重線を引き、押印または署名

※ 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

里帰り等健診・検査費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**

日中連絡が取れる番号 _____

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、上記口座名義人に里帰り等健診・検査費助成費の受取を委任いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

妊産婦氏名 _____

口座名義人と妊産婦氏名が異なる場合は妊産婦氏名を記入

《 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 担当者			
<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	産婦	1か月 児

(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)
		R6.4~ 受診分	R7.4~ 受診分	R8.4~ 受診分	
年 月 日	円	10,980円	11,280円	11,670円	円

(2回目) 妊婦健康診査(黄色)		14,340			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)	
		R6.4~ 受診分	R7.4~ 受診分	R8.4~ 受診分		
1 令和8年 3 月 1 日	11,000 円	5,140円	5,280円	5,460円	5,280 円	
2 令和8年 4 月 1 日	23,000 円	5,140円	5,280円	5,460円	5,460 円	
3 令和8年 4 月 15 日	3,600 円	5,140円	5,280円	5,460円	3,600 円	
4 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	
5 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	
6 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	
7 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	
8 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	
9 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	
10 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	
11 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	
12 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	
13 年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460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
11,000 - 5,280 = 5,720円

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8年 3 月 1 日	5,720 円	5,300 円			5,300 円	
2 令和8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)	
年 月 日	円	円	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

新生児健康診査(白色)		3,000			円 (E)	
受診年月日を記入 (親子健康手帳P18参照)	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8年 4 月 20 日	6,000 円	3,000 円			3,000 円	

親子健康手帳(母子健康手帳)
15ページに記載されている産後日月数を参考に記入

親子健康手帳(母子健康手帳) 23ページに記載されている実施日を記入 (親子健康手帳P23参照)		6,000			円 (G)	
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8年 5 月 1 日	5,500 円	5,000 円			5,000 円	
2 令和8年 5 月 22 日	5,500 円	5,000 円			5,000 円	

親子健康手帳(母子健康手帳)
23ページに記載されている実施日を記入
(親子健康手帳P23参照)

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8年 5 月 23 日	6,500 円	6,000 円			6,000 円	

助成合計額(A~Gまでの合計)

43,940円