

記入見本

妊婦健診費・新生児聴覚検査費等(里帰り等)助成申請書 品川

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

振込先金融機関名	○ ○ ○ ○	(銀行) 信用金庫 信用組合	(支店番号: ○○○)	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 花子									

※ 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。

○ ○ ○ ○ 年 ○ 月 ○ 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 ()

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・押印が必要となります。

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氏名が異なる場合は妊産婦氏名を記入・押印
年 月 日	
妊産婦氏名	印

..... 《 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	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	

助産院で受けた検査は不可

(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	10,850 円	円

(2回目) 妊婦健康診査(黄色)		13,740	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 年 月 日	3,600 円	5,070 円	3,600 円
2 ○○○○年○月○日	23,000 円	5,070 円	5,070 円
3 年 月 日	5,070 円	5,070 円	5,070 円
4 年 月 日	円	5,070 円	円
5 年 月 日	円	5,070 円	円
7 年 月 日	円	5,070 円	円
8 年 月 日	円	5,070 円	円
9 年 月 日	円	5,070 円	円
10 年 月 日	円	5,070 円	円
11 年 月 日	円	5,070 円	円
12 年 月 日	円	5,070 円	円
13 年 月 日	円	5,070 円	円

母子手帳・領収書の日付と一致

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

助産院で受けた検査は不可

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)		5,300	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)
○○○○年○月○日	17,930 円	5,300 円	5,300 円

助産院で受けた検査は不可

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

新生児聴覚検査(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	3,200 円	3,000 円	3,000 円

13,740円+5,300円

助成合計額	妊婦健診合計額 (A)+(B)+(C)+(D)	19,040 円
	新生児聴覚検査額 (E)	3,000 円
	合計額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)	22,040 円