

妊婦健診費・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					
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					
フリガナ								
口座名義人								

※ 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

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 _____
妊産婦氏名 _____
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)助成費の受取を委任いたします。		
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		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	10,880 円	円

(2回目) 妊婦健康診査(黄色)			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	円	5,090 円	円
2 年 月 日	円	5,090 円	円
3 年 月 日	円	5,090 円	円
4 年 月 日	円	5,090 円	円
5 年 月 日	円	5,090 円	円
6 年 月 日	円	5,090 円	円
7 年 月 日	円	5,090 円	円
8 年 月 日	円	5,090 円	円
9 年 月 日	円	5,090 円	円
10 年 月 日	円	5,090 円	円
11 年 月 日	円	5,090 円	円
12 年 月 日	円	5,090 円	円
13 年 月 日	円	5,090 円	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)			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 年 月 日	円	5,300 円	円
2 年 月 日	円	5,300 円	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

新生児聴覚検査(白色)			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	円	3,000 円	円

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