

記入見本

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	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:000)	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、上記の口座に振り込みください。

○ ○ ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日

修正液・テープの使用不可

品 川 区 長 あ て

住 所 品 川 区 広 町 2 - 1 - 36

日中連絡が取れる番号

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)の助成を申請します。	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
年 月 日	
妊産婦氏名	

《 事務処理欄 》

住民情報 システム確		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)			13,780	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5年 4月 1日	11,000 円	5,090 円	5,090 円	
2 令和5年 4月 15日	23,000 円	5,090 円	5,090 円	
3 令和5年 4月 20日	3,600 円	5,090 円	3,600 円	
4 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	

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

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5年 4月 1日	5,910 円	5,300 円	5,300 円	
2 令和5年 4月 15日	17,910 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)
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	円	3,400 円	円

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	

13,780円+10,600円

助成合計額	妊婦健診合計額 (A)+(B)+(C)+(D)	24,380 円
	新生児聴覚検査額 (E)	3,000 円
	合計額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)	27,380 円