

## 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		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

(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)		助成限度額 (b)			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)		助成限度額 (b)			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 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円
2 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円
3 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円
4 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円
5 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円
6 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円
7 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円
8 年 月 日	円	5,090円	5,140円	5,280円	円
9 年 月 日	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

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)		助成限度額 (b)		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)		助成限度額 (b)		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)		助成限度額 (b)		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