第1号様式

墨田区妊婦健康診査費用助成金交付申請書

墨田区長　あて

1　申請者（妊婦健康診査を受診した方）

フリガナ		申 請 日	令和　　年　　月　　日
申請者（妊産婦本人）	㊞	生年月日（妊産婦本人）	年　　月　　日
現 住 所（妊産婦本人）	〒 電話　（　　）		

□次の事項に同意の上、妊婦健康診査費用助成金の支給を申請します。

□なお、支給額は、下記の口座に振り込んでください。

① 添付する領収書等確認書類に基づき、墨田区妊婦健康診査費用助成金交付要綱により算定された額が支給額となること。

② 墨田区がこの申請に必要な住民基本台帳に関する情報について調査すること。

③ 墨田区がこの申請に必要な妊婦健康診査の受診及び支払状況等について関係機関に照会すること。

④ 偽りその他不正な行為により給付を受けたことが判明した場合には、当該助成金の返還に応じること。

捨印

2　振込先（振込先は申請者（妊産婦本人）の口座に限ります。）

※　ゆうちょ銀行を振込先に指定するときは、振込用の店名・預金種別・口座番号を記入してください。

フ リ ガ ナ			
口 座 名 義			
金 融 機 関 名	支 店 名	預金種別	口座番号（右づめで御記入ください）
銀　行 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所	普通 当座 貯蓄	

3　口座名義が現在の氏名と異なる場合（旧姓等）のみ御記入ください。

（申立書）

墨田区妊婦健康診査費用助成金の受領に係る振込口座については、上記口座が私の経理する口座なので、上記口座に振り込むよう、お願いします。

申請者（妊産婦本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

申　立　事　由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【※墨田区事務処理欄】　申請受付日　　年　　月　　日

申請受付窓口
向島 本所 保健計画課

助成限度額	1回目受診票	2～14回目受診票	超音波検査	子宮頸がん検診		15～19回目受診
令和5年3月31日までの受診	10,850	5,070	5,300	3,400	多胎	
令和5年4月1日以降の受診	10,880	5,090	5,300	3,400		5,090

受診票枚数	計　　枚	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	超音1	超音2	超音3	超音4	子宮
支給決定額	円																			

内訳									
	①	円（　．　．　）	⑨	円（　．　．　）	⑰	円（　．　．　）
	②	円（　．　．　）	⑩	円（　．　．　）	⑱	円（　．　．　）
	③	円（　．　．　）	⑪	円（　．　．　）	⑲	円（　．　．　）
	④	円（　．　．　）	⑫	円（　．　．　）	超音①	円（　．　．　）
	⑤	円（　．　．　）	⑬	円（　．　．　）	超音②	円（　．　．　）
	⑥	円（　．　．　）	⑭	円（　．　．　）	超音③	円（　．　．　）
	⑦	円（　．　．　）	⑮	円（　．　．　）	超音④	円（　．　．　）
	⑧	円（　．　．　）	⑯	円（　．　．　）	子宮	円（　．　．　）