

記入例【通常】 押印はありませんが、記入誤りがあった場合は作成し直しになりますのでご注意ください。

墨田区妊産婦健康診査費用等助成金交付申請書

墨田区長 へ

1 申請者 (原則)

原則、妊産婦様ご本人の氏名を御記入下さい。

申請する健診の種類にチェックを入れてください
 新生児聴覚検査・1か月児健康診査を申請するときは、
 新生児氏名・生年月日も記入してください。

フリガナ	スミダ ハナコ		
申請者	墨田 花子		
現住所	〒130-8640 墨田区吾妻橋1-23-20		
申請する健診 (該当にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦健康診査 (超音波検査・子宮頸がん検査含む) <input type="checkbox"/> 多胎児妊婦健康診査 (15回目以上) <input checked="" type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input checked="" type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input checked="" type="checkbox"/> 1か月児健康診査		
新生児氏名 生年月日	新生児聴覚検査、1か月児健康診査の助成申請をする場合に記入してください。多胎児の場合は全員の氏名を記入してください。 墨田 一郎 (生年月日 R8年 2月 20日)		

次の事項に同意の上、墨田区妊産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、
 添付する領収書等確認書類に基づき、墨田区妊産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、
 墨田区がこの申請に必要な住民基本台帳に関する情報を照会すること、
 照会され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、
 (申請者の氏名に限りません。申請者以外の口座を希望する場合は委任状が別途必要です。)

記載されている事項をよくお読みの上、チェックボックスにチェックをお願いいたします。

妊産婦様ご本人の口座を御記入下さい。

振込先は、ゆうちょ銀行の場合、振込用の7桁の口座番号を記入してください。

フリガナ	スミダ ハナコ		
口座名義 (申請者の口座)	墨田 花子		
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)
墨田	墨田	普通	* * * * *

7桁の数字です。
 ゆうちょ銀行の場合、
 振込用の7桁です。

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)

墨田区妊産婦健康診査費用等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 _____

申立事 由 _____

自署の場合は、押印不要です。

[墨田区事務処理欄]

申請受付日 年 月 日

申請受付	助成限度額	1回目受診票	2-14回目受診票	多胎児	超音波検査	子宮頸がん	聴覚	産婦	1か月児
窓口・郵送	R6.4.1 ~ R7.3.31の受診	10,980	5,140	5,140	5,300	3,400	3,000	助成なし	助成なし
	R7.4.1 ~ R8.3.31の受診	11,280	5,280	5,280	5,300	3,400	3,000	助成なし	助成なし
	R8.4.1以降の受診	11,670	5,460	5,460	5,300	3,400	3,000	5,000	6,000

受診票枚数	計	枚	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	超音波 1	超音波 2	超音波 3	超音波 4	子宮 1	聴覚 1	産婦 1	産婦 2	1か月児
支給決定額	円																								
内 訳	産 前														超音波	産 後									
	円(. .)														円(. .)	円(. .)									
	円(. .)														円(. .)	円(. .)									
	円(. .)														円(. .)	円(. .)									
	円(. .)														円(. .)	円(. .)									
	円(. .)														円(. .)	円(. .)									
	円(. .)														円(. .)	円(. .)									
	円(. .)														円(. .)	円(. .)									