第1号様式

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　あて

1　申請者　（原則、妊産婦本人。申請者の口座へ振込します。）

フリガナ		申請日	年　月　日
申請者		生年月日	年　月　日
現住所	〒 電話　（　　）		

申請する健診（該当にチェック）	□ 妊婦健康診査（超音波検査・子宮頸がん検診含む）　□ 多胎児妊婦健康診査（15回目以上） □ 産婦健康診査　□ 新生児聴覚検査　□ 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。 （生年月日　年　月　日）

□　次の事項に同意の上、墨田区妊産婦健康診査費用等助成金の支給を申請します。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、墨田区妊産婦健康診査費用等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。

2　振込先　（振込先は、申請者の口座に限ります。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。）
※ 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・7桁の口座番号を記入してください。

フリガナ				
口座名義（申請者の口座）				
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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【※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1	超音2	超音3	超音4	子宮	聴覚	産婦1	産婦2	1か月児
支給決定額	円																							

内訳	産前		⑩	円（　．　．　）	超音波①	円（　．　．　）
	①	円（　．　．　）	⑪	円（　．　．　）	②	円（　．　．　）
	②	円（　．　．　）	⑫	円（　．　．　）	③	円（　．　．　）
	③	円（　．　．　）	⑬	円（　．　．　）	④	円（　．　．　）
	④	円（　．　．　）	⑭	円（　．　．　）	子宮	円（　．　．　）
	⑤	円（　．　．　）	⑮	円（　．　．　）	産後	
	⑥	円（　．　．　）	⑯	円（　．　．　）	聴覚	円（　．　．　）
	⑦	円（　．　．　）	⑰	円（　．　．　）	産婦①	円（　．　．　）
	⑧	円（　．　．　）	⑱	円（　．　．　）	②	円（　．　．　）
	⑨	円（　．　．　）	⑲	円（　．　．　）	1か月児	円（　．　．　）

（A4）