

里帰り出産等妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

令和〇年〇月〇日

練馬区長 殿

申請者本人の自署が必要です。

健康診査費助成を申請します。支給金額は、下記の口座に振り込んでください。

記

申請者兼請求者	(フリガナ)	ネリマ ハナコ	生年月日		
	氏名 (本人自署)	練馬 花子	平成〇〇年〇月〇日		
	住所	郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 練馬区 〇〇〇町〇-〇-〇-101			
	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	出産年月日	令和6年7月2日	
	新生児名	練馬 一郎			

申請者兼請求者は、妊産婦の方に限ります。新生児聴覚検査費助成のみ申請する場合は、新生児の保護者となります。

日中連絡がつく電話番号(携帯電話番号可)をご記入ください。

健康診査等種別	健診等受診日	申請額	受診票チェック	決定額	
		円	未使用受診票	円	
		円		円	
	年 月 日	円		円	
	年 月 日	円		円	
妊婦健康診査(5回目)	年 月 日	円		円	
妊婦健康診査(6回目)	年 月 日	円		円	
妊婦健康診査(7回目)	年 月 日	円		円	
妊婦健康診査(8回目)	年 月 日	円		円	
妊婦健康診査(9回目)	年 月 日	円		円	
妊婦健康診査(10回目)	年 月 日	円		円	
妊婦健康診査(11回目)	6年 4月 20日	5,140 円	振込先の銀行口座を正確に記入してください。フリガナをカタカナで必ず記入し、口座番号は右詰めで記入してください(5~6桁の場合は頭に「0」をつけてください)。	円	
妊婦健康診査(12回目)	6年 5月 25日	4,500 円		円	
妊婦健康診査(13回目)	6年 6月 30日	5,140 円		円	
妊婦健康診査(14回目)	年 月 日	円		円	
妊婦超音波検査(1回目)	6年 5月 25日	5,300 円		円	
妊婦超音波検査(2回目)	年 月 日	円		円	
妊婦超音波検査(3回目)	年 月 日	円		円	
妊婦超音波検査(4回目)	年 月 日	円		円	
妊婦子宮頸がん検診	6年 4月 20日	3,400 円		(有・無)	円
新生児聴覚検査	6年 7月 5日	3,000 円× 1人		(有・無)	円
合計	6回	24,680 円		円	

振込先	金融機関名	〇〇〇 金庫 農協	本店	支店番号	種別
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	出張所	〇 〇 〇	普通
	フリガナ(必須)	ネリマ タロウ		(口座番号は右詰め記入)	
	口座名義	練馬 太郎			

領収書の返却 希望する 希望しない

*振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状

委任状

私は、本件に係る助成金の受領を下記の者に委任します。

(住所) 練馬区〇〇〇町〇-〇-〇-101

(氏名) 練馬 太郎

令和〇年 〇月 〇日

申請者兼請求者氏名(本人自署)

練馬 花子

振込先の口座名義が申請者以外の場合には、委任状にも記入が必要です。振込先口座名義人の住所と氏名を記入し、申請者の氏名の記入をお願いします。(申請者本人の自署が必要です。)

【区】 受診票を使用せず、助産所または都外医療機関に支払った金額を記入してください。ただし、医療機関等に支払った金額が公費負担の上限額を超える場合は、上限額(令和6年度は 1 回目 10,980 円、2 回目以降 5,140 円、超音波 5,300 円、子宮頸がん 3,400 円、新生児聴覚検査 3,000 円)を記入してください。上限額に満たない場合は、その金額を記入してください。 ※令和5年度受診分の上限金額は別表をご覧ください。