

練馬区里帰り出産等妊婦健康診査費等助成申請書兼請求書

年 月 日

練馬区長 殿

練馬区里帰り出産等妊婦健康診査費等の助成を申請します。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	申請者本人の自署が必要です。
	氏名 (本人自署)	練馬 花子	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 練馬区 〇〇町〇-〇	子の氏名
	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇	練馬 一郎

申請者兼請求者は、妊産婦の方になります。新生児聴覚検査・1か月児健康診査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。

助成申請額	健康診査等種別		健診等		受診票チェック	決定額
	妊婦健康診査(1回目)	年	月	日	円	未使用受診票
妊婦健康診査(2回目)	年	月	日	円	~ 回目	円
妊婦健康診査(3回目)	年	月	日	円	(回分)	円
妊婦健康診査(4回目)	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)	令和8年 4月 15日			5,460円		円
妊婦健康診査(12回目)	令和8年 5月 10日			5,200円		円
妊婦健康診査(13回目)	令和8年 6月 20日			5,460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)	年	月	日	円	~ 回目	円
妊婦超音波検査(2回目)	年	月	日	円	(回分)	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	年	月	日	円	(有・無)	円
新生児聴覚検査	令和8年 6月 25日			3,000円×1人	(有・無)	円
産婦健康診査(1回目)	令和8年 7月 4日			5,000円	~ 回目	円
産婦健康診査(2回目)	令和8年 7月 21日			5,000円	(回分)	円
1か月児健康診査	令和8年 7月 21日			6,000円×1人	(有・無)	円
合計				円		円

振込先	金融機関名	〇〇 信用金庫 信用組合 農協	〇〇	本店 支店 出張所	支店番号	種別				
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	(口座番号は右詰め記入)	普通・当座
	フリガナ(必須)	ネリマ ハナコ								
	口座名義	練馬 花子								

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。)

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、下記の委任状に記入が必

委任状

私は、本件に係る助成金の受領をつぎの者に委任します。

(住所) _____ (氏名) _____

受診票を使用せず、都外医療機関または助産所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を記載してください。上限額に満たない場合はその金額を記入してください。

申請者兼請求者氏名(本人自署)

(上記内訳のとおり)

日 年 月 日

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。

支給決定通知年月日 年 月 日