

妊婦健康診査費用助成金申請書兼口座振替依頼書

千代田区長 殿

年 月 日

印

関係書類を添えて下記のとおり妊婦健康診査費用助成を申請します。決定した助成金は下記の口座に振り込んでください。なお、申請にあたり、健康推進課長が私の住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は医療機関等へ問合せをすることに同意します。

申請者	フリガナ (妊産婦)氏名	印 (スタンプ印不可)		生年月日 年 月 日			
	住所	〒 千代田区		電話 ()			
母子手帳交付日		年 月 日		出産(予定)日		年 月 日	
助成申請額	未使用受診票	受診年月日	申請額(※1)	助成限度額(※2)			決定額(※2)
				令和5年度	令和4年度	令和3年度	
	1回目	年 月 日	円	10,880	10,850	10,850	
	2回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	3回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	4回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	5回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	6回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	7回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	8回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	9回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	10回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	11回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	12回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	13回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	14回目	年 月 日	円	5,090	5,070	5,070	
	超音波(1回目)	年 月 日	円	5,300	5,300	5,300	
超音波(2回目)	年 月 日	円	5,300	5,300	5,300		
子宮頸がん検診	年 月 日	円	3,400	3,400	3,400		
合計							
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種別	1 普通 2 当座
	口座番号 (右詰記入)	金融機関 コード		支店 コード			
	フリガナ						
	口座名義(※3)						

- ※1 「申請額」は妊婦健康診査に要した費用(保険適用部分を除く)を記入してください。
- ※2 区の記入欄です。記入しないでください。
- ※3 振込先の口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状に記入・捺印が必要です。

委任状

私は、上記の口座名義人に妊婦健康診査費用助成金の受領を委任します。

年 月 日 委任者(妊産婦) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

【区処理欄】 受診票 青 枚 黄色 枚 白 枚 桃 枚

住定日 年 月 日 転出日 年 月 日

上記申請について助成額を確認する。

確認日 年 月 日

課長	係長	係員

申請受付印