

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

申請日を記入してください。

年 月 日

印
千代田

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開示すること、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。

スタンプ印は不可

申請者印で押印してください。

| | | | | |
|-----|---------------|---|------|------------------|
| 申請者 | フリガナ (妊産婦) 氏名 | 千代田 花子 (スタンプ印不可) | 生年月日 | 昭和 60 年 7 月 15 日 |
| | 住所 | 〒102-0005 千代田区 藤田橋3-5-1-203 (現住所: 渋谷区〇〇1-1) | | |

助産所は、1回目は対象外です。

千代田区から転出した方は、現住所と千代田区の住所を併記してください。

届間連絡が取れる電話番号を記載してください。

| 母子手帳交付日 | 年 月 日 | 助成限度額(※2) | 決定額(※2) |
|-----------|-----------|-----------|---------|
| 受診票 | 受診年月日 | | |
| 1回目 | 元年 4月 20日 | 12,000円 | |
| 2回目 | 2年 5月 25日 | 8,000円 | |
| 3回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 4回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 5回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 6回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 7回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 8回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 9回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 10回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 11回目 | 年 月 日 | 7,000円 | |
| 12回目 | 3年 1月 10日 | 6,000円 | |
| 13回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 14回目 | 年 月 日 | 円 | |
| 超音波 (1回目) | 年 月 日 | 円 | |
| 超音波 (2回目) | 年 月 日 | 円 | |
| 子宮頸がん検診 | 年 月 日 | 円 | |
| 合計 | | | |

母子手帳及び領収書の受診日と一致していること。

12回目を申請する場合の記入例。未使用の受診票(12回目)を添付してください。

*未使用の受診票に記載された回数と一致していること。

領収書から保険適用と助成対象外の検査項目の金額を除いた金額を記入してください。

*保険適用と助成対象外の検査項目の金額が分からない場合は、領収書の金額をそのまま記入してください。

訂正箇所は必ず申請者印で訂正してください。

| | | | | | | |
|-----|-------------|--------------------|---------|-----------|-------|-----------|
| 振込先 | 金融機関名 | 三菱UFJ 銀行 信用金庫 信用組合 | 丸の内 | 本店 支店 出張所 | 種別 | ① 普通 ② 当座 |
| | 口座番号 (右詰記入) | 0 1 2 4 5 6 | 金融機関コード | 0 0 0 5 | 支店コード | 0 0 2 |
| | フリガナ | 千代田 花子 | | | | |
| | 口座名義 | 千代田 花子 | | | | |

訂正箇所は必ず申請者印で訂正してください。

振込口座名義人が妊産婦以外の場合、妊産婦の住所・氏名記入、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
千代田

【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

| |
|-------|
| 申請受付印 |
|-------|