

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

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、区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)		電話番号		
	住所	〒 千代田区		(現住所 ※転出済みの場合) 〒		
	生年月日	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		決定額(区記入欄)
				令和6年度	令和5年度	
	1回目	年 月 日	円	10,980円	10,880円	
	2回目	年 月 日	円	妊婦健診 (2~14回目) 5,140円	妊婦健診 (2~14回目) 5,090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	円			
	12回目	年 月 日	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	超音波検査 5,300円(※2)	超音波検査 5,300円	
	超音波(2回目)	年 月 日	円			
	超音波(3回目)	年 月 日	円			
超音波(4回目)	年 月 日	円				
子宮頸がん検診	年 月 日	円	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)	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 令和6年4月1日以降に妊娠届を提出された方の超音波検査の助成上限は4回となります。
- ※3 振込先の口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状に署名・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した。
 確認日 年 月 日

係長	係員

申請受付印