

令和7年度

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

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まれます。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師に同意します。

申請者印で押印してください。

スタンプ印は不可

申請者	フリガナ (妊産婦)氏名	千ヨダ ハナコ 千代田 花子		(スタンプ印)		電話番号		090 - 0000 - 0000		
	住所	〒102-0005 千代田区 飯田橋3-5-1-203		(現住所 ※転出済みの場合) 〒102-0005 渋谷区〇〇1-1						
助成申請額	助産所の1回目受診は対象外です。	受診年月日	申請額(※1)	令和7年度	度	千代田区から転出した方は、現住所を記入してください。				昼間連絡が取れる電話番号を記載してください。
		年 月 日	円	11,280円	10,980円	10,880円				
	1回目	年 月 日	円	妊婦健診						
	2回目	R7年 7月 20日	10,000円	9,140円						
	3回目	R7年 7月 27日	9,000円	5,140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	9,000円							
	12回目	R7年 10月 27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	超音波検査	超音波検査	超音波検査				
	超音波(2回目)	年 月 日	円	5,300円	5,300円	5,300円				
	超音波(3回目)	年 月 日	円	(※2)	(※2)					
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	3,400					
合計										
振込先	金融機関名	三菱UFJ 三菱F		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)	0 0 0 0 0 0 0	金融機関コード	0 0 0 0 0 0	支店コード	0 0 0				
	フリガナ	千ヨダ ハナコ								
	口座名義	千代田 花子								

- ※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、申請書に添付してください。
※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、令和6年度分(令和6年4月1日～令和7年3月31日)の助成額となります。
※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・捺印をお願いします。

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

【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