

年 月 日

荒川区長 殿

日付は記入しないでください↑

下記のとおり里帰り出産等妊婦健康診査等の費用助成金の交付を申請します。助成金については、下記口座への振込みを希望します。なお、本申請に当たり、私の住民基本台帳を確認すること及び健診・検査の内容等について医療機関等へ確認することについて同意します。

記 ↓必ず押印してください（浸透印不可）

申請者兼請求者	妊産婦氏名	ふりがな あらかわ はなこ 荒川 花子	生年月日	平成 〇 年 〇 〇 月 〇 日					
	住所	〒 116 - 〇〇〇〇 荒川区 〇〇〇 〇 丁目 〇〇 番 〇 ー 〇〇〇 号	出産年月日	令和 〇 年 〇 月 〇〇 日					
	申請事由	① 実家等の近くの病院で出産のため 2. 助産院で出産のため 3. 自己都合のため 4. その他							
助成申請額	健康診査等 種別・回数	申請者兼請求者記入欄			荒川区保健所記入欄				
		健診等受診日	健診等に要した費用 (A)	助成基準額 (B)	(A) (B) のいずれか 少ない方の金額				
	妊婦 健診	1 回目	年 月 日	自費で支払った 金額を記入して ください（※健 康保険適用分は 対象外です）。 自費が保険適用 か不明の場合は 記入しなくて結 構です。	助成基準額(B)も、 (A)(B)のいずれか少ない方の金額も、 記入しないでください。				
		2 回目	年 月 日						
		3 回目	年 月 日						
		4 回目	年 月 日						
		5 回目	年 月 日						
		6 回目	年 月 日						
		7 回目	年 月 日						
		8 回目	年 月 日						
		9 回目	〇 年 5 月 7 日						
		10 回目	〇 年 5 月 21 日						
		11 回目	〇 年 6 月 4 日						
		12 回目	〇 年 6 月 11 日						8,300 円
		13 回目	〇 年 6 月 18 日						6,700 円
14 回目		〇 年 6 月 25 日	6,700 円						
超音波 検査 (※1)	1 回目	年 月 日	円						
	2 回目	年 月 日	円						
	3 回目	年 月 日	円						
	4 回目	〇 年 6 月 18 日	6,000 円						
子宮頸がん検診	年 月 日	円							
新生児聴覚検査	〇 年 6 月 30 日	5,000 円							
健診等に要した費用の合計			記入しない 円	請求金額	記入しない 円				

※1 令和5年3月31日までに母子手帳の交付を受けた者は1回、令和5年4月1日以降に交付を受けた者は4回を限度とします。

振込希望先	金融機関名	〇〇 銀行 農協 信用金庫 信用組合	△△△ 本店 支店 出張所	金融機関 コード／ 支店番号	金融機関コード				支店番号		
	口座種別	① 普通・02 当座	口座番号（7桁・右詰めで記入）		記入しない				1	2	3
	口座名義（※2）	(フリガナ) アラカワ タロウ (漢字) 荒川 太郎		4	5	6	7	8	9	0	

※2 口座名義欄に申請者兼請求者(妊産婦)氏名以外または旧姓を記入する場合は、下記の委任状に記入と押印が必要です。

委任状	私は上記の口座名義人に里帰り出産等妊婦健康診査等の費用助成金受領の権限を委任します。	荒川
	年 月 日 申請者兼請求者（妊産婦）氏名 荒川 花子	

必要が
あれば
押印して
ください
（浸透印
不可）
←