

荒 川 区 長 殿

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

申請者兼請求者	妊産婦氏名	ふりがな		生年月日	年	月	日	
		印		出産年月日	年	月	日	
	住所	〒 116 - 荒川区 丁目 番 号		電話番号 ()				
	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	円	円	円		
		2 回目	年 月 日	円	円	円		
		3 回目	年 月 日	円	円	円		
		4 回目	年 月 日	円	円	円		
		5 回目	年 月 日	円	円	円		
		6 回目	年 月 日	円	円	円		
		7 回目	年 月 日	円	円	円		
		8 回目	年 月 日	円	円	円		
		9 回目	年 月 日	円	円	円		
		1 0 回目	年 月 日	円	円	円		
		1 1 回目	年 月 日	円	円	円		
		1 2 回目	年 月 日	円	円	円		
		1 3 回目	年 月 日	円	円	円		
		1 4 回目	年 月 日	円	円	円		
	超音波 検査 (※1)	1 回目	年 月 日	円	円	円		
		2 回目	年 月 日	円	円	円		
		3 回目	年 月 日	円	円	円		
		4 回目	年 月 日	円	円	円		
子宮頸がん検診		年 月 日	円	円	円			
新生児聴覚検査		年 月 日	円	円	円			
健診等に要した費用の合計			円	請求金額	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	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	01 普通・02 当座	口座番号（7桁・右詰めで記入）								
	口座名義（※2）	(フリガナ) (漢字)									

※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。	印
	年 月 日 申請者兼請求者（妊産婦）氏名	

【区事務処理欄】

助成
決定
金額

円

内訳

荒川区保健所受付印

☐ 住基確認

☐ 住登日

☐ 母子手帳コピー（表紙→18P）

☐ 出産日

☐ 領収書・明細書コピー

☐ 申請事由

☐ 口座確認

☐ 押印

☐ 受診票

☐ 妊婦健診 回～ 回未使用

☐ 超音波 回～ 回未使用

☐ 子宮頸がん 済・未

☐ 聴覚検査 済・未