

## 杉並区妊婦健康診査等費用助成申請書 兼支払金口座振替依頼書

杉並区長 宛

妊婦健康診査等費用助成を申請します。助成金は、下記の口座に振込んでください。

この申請に必要な杉並区が所有する情報について、杉並区が閲覧・調査することに同意します。

※母子健康手帳の「妊娠中の経過」のページと領収書・明細書、未使用受診票を添付してください。

※太枠内を消えないペンで記入してください。 ※朱肉を使う印鑑を押印してください。

※1か月児健康診査のみ申請する場合は乳児の保護者氏名を記入してください。

申請日 年 月 日

申請者兼請求者	フリガナ		生 年 月 日			
	(妊産婦又は乳児保護者) 氏名		年 月 日			
	現 住 所					
	電話番号		転出前住所 (転出者のみ) 杉並区			
母子健康手帳交付日		年 月 日	出産年月日	年 月 日 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">出産前は予定日</span>		
助成申請内訳	未使用受診票	✓	健診受診日	申請額 上限額を超える場合は上限額	上限額	
	妊婦健康診査(1回目)		年 月 日	円	R6年4月～R7年3月	
	妊婦健康診査(2回目)		年 月 日	円		1回目 10,980円
	妊婦健康診査(3回目)		年 月 日	円	2回目以降 5,140円	
	妊婦健康診査(4回目)		年 月 日	円	R7年4月～R8年3月	
	妊婦健康診査(5回目)		年 月 日	円		1回目 11,280円
	妊婦健康診査(6回目)		年 月 日	円	2回目以降 5,280円	
	妊婦健康診査(7回目)		年 月 日	円	R8年4月～R9年3月	
	妊婦健康診査(8回目)		年 月 日	円		1回目 11,670円
	妊婦健康診査(9回目)		年 月 日	円	2回目以降 5,460円	
	妊婦健康診査(10回目)		年 月 日	円		
	妊婦健康診査(11回目)		年 月 日	円		
	妊婦健康診査(12回目)		年 月 日	円		
	妊婦健康診査(13回目)		年 月 日	円		
	妊婦健康診査(14回目)		年 月 日	円		
	計 枚		計 (c) 回	計 円		
	妊婦超音波検査①		年 月 日	円	妊婦超音波検査 5,300円	
	妊婦超音波検査②		年 月 日	円		
	妊婦超音波検査③		年 月 日	円		
	妊婦超音波検査④		年 月 日	円		
妊婦子宮頸がん検診		年 月 日	円	妊婦子宮頸がん健診 3,400円		
新生児聴覚検査		年 月 日	円	新生児聴覚検査 3,000円		
1か月児健康診査		年 月 日	円	1か月児健康診査 6,000円		
産婦健康診査①		年 月 日	円	産婦健康診査 5,000円		
産婦健康診査②		年 月 日	円			
			合計 (d)	円		
振込先	金融機関名			銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	種別 1. 普通 2. 当座
	金融機関コード			支店番号		
	口座番号	(口座番号は右詰め記入)				
	フリガナ(必須)					
	口座名義					
【1か月児健康診査申請時】●乳児氏名:			●生年月日: 年 月 日			

※口座名義人が、申請者本人以外の場合は、下記の委任状に申請者の署名・押印が必要となります。

<b>委 任 状</b>	
私は、上記の口座名義人に妊婦健康診査等費用助成金の受領について委任します。	
令和 年 月 日	(申請者)氏名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>

※職員記載欄

※旧姓の口座に振込む場合は、課長名の同一人確認書を添付

支給決定額		円	住民年月日	年 月 日～ 年 月 日
-------	--	---	-------	--------------

受付： 荻窪・高井戸・高円寺・上井草・和泉・母子保健係 受付者 ( )