

申請書記入見本

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。
※朱肉を使う印鑑で押印してください。

申請日		年 月 日	
生 年 月 日		昭和 平成	
年 月 日		年 月 日	
申請者兼請求者	フリガナ	(妊産婦)氏名	
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 (出産前は予定日)
未使用受診票	✓	健診受診日	申請額
妊婦健康診査(1回目)	年 月 日	上限額を超える場合は上限額	上限額
妊婦健康診査(2回目)	年 月 日	円	R5年4月～R6年3月
妊婦健康診査(3回目)	年 月 日	円	1回目 10,880円
妊婦健康診査(4回目)	年 月 日	円	2回以降 5,090円
妊婦健康診査(5回目)	年 月 日	円	R6年4月～R7年3月
妊婦健康診査(6回目)	年 月 日	円	1回目 10,980円
妊婦健康診査(7回目)	年 月 日	円	2回以降 5,140円
妊婦健康診査(8回目)	年 月 日	円	R7年4月～R8年3月
妊婦健康診査(9回目)	年 月 日	円	1回目 11,280円
妊婦健康診査(10回目)	年 月 日	円	2回以降 5,280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
妊婦超音波検査(1)	年 月 日	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	
新生児聴覚検査	年 月 日	円	
合計 (d)		円	
金融機関名	銀行	本店	種別
金融機関コード	金庫	支店	① 普通
口座番号	組合	出張所	② 当座
フリガナ(必須)	支店番号	(口座番号は右詰め記入)	
口座名義			

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

委任状	
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。	
年 月 日	(妊産婦)氏名

※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
-------	---	-------	--------------

印鑑は銀行印でなくてもよいですが、スタンプ式の印ではなく、朱肉を使う印鑑を使用してください。
外国籍の方で、印鑑をお持ちでない場合は「サイン」をしてください。

申請期限は出産から1年以内です。

杉並

欄外に捨印を押していただければ、軽微な訂正事項は書類をお返しすることなく訂正できます。

※捨印がなく内容の訂正がある場合は、書類を一度お返しし、訂正箇所を押印してから、返送していただくことになります。

金額欄は記入しないでください。

里帰り先で新生児聴覚検査を受けた時は、妊婦健康診査分と一緒に申請できます。

振込先欄の訂正は、二重線で消して書き直し、必ず訂正印を押してください。訂正印は捨印があっても必要です。

振込先が夫の口座名義など、申請者(妊産婦)以外の場合は、申請者が必ずこの委任状欄に署名・押印してください。

郵送での申請方法

下記の①～⑥を同封して担当地域の保健センターへ郵送してください。
受付の翌月中旬頃、助成金額を決定し、決定通知書と領収書原本を返送します。
※領収書の返送を急がれる場合は、確認次第領収書のみ先に返送します。メモを添付の上、領収書の返送用封筒を同封してください。ただし、その場合でも返却には2～3週間、日数を要します。

- ① 申請書(ダウンロード後、上記見本を参考に記入し、朱肉を使う印で押印してください。)
- ② 母子健康手帳の以下のページのコピー(コピーには、産婦氏名を記名してください。)
・ 母子健康手帳の表紙(交付年月日の確認のため)
・ 出生届出済証明欄(市区町村長の証明印押印済のもの)
・ 妊娠中の経過
- ③ 新生児聴覚検査受診結果記入書(ダウンロードして記入してください。)
- ④ 助成対象の健康診査及び新生児聴覚検査が含まれるすべての「領収書の原本とコピー(両方)」と「明細書のコピー」
※原本返却が不要の方は、原本のみで大丈夫ですが、返却できませんのでご了承ください。
- ⑤ 振込先の通帳またはキャッシュカードのコピー(口座番号・支店コード番号がわかるもの)
- ⑥ 未使用の受診票全て

※ 内容について、お問い合わせをする場合があります。電話番号は日中連絡のつく番号をご記入ください。
※ 郵送申請の受付日は保健センターで受領した日になります。出産後1年を過ぎると受付できませんので、