

記入例

台東区長 様

転出済みの方、又は申請日の翌月に転出予定の方は、転出先の住所を記入してください。

訂正印を押印した場合は、こちらにも押印してください。

妊婦健康診査及び新生児聴覚検査費の申請に基づき支給されます。支給金額は下記の口座に振り込まれます。必要な場合は受診医療機関等に問い合わせ

申請者兼請求者	姓 名	タイトウ ハハコ	生年月日	●●年 ●●月 ●●日
	台 東 母子	台東 母子	〒●●●●-●●●●	台東区 花川戸●-●-●
電話番号	000-0000-0000	出産年月日 (出産前は予定日)	●●年 ●●月 ●●日	●●●●-●●●●
		〇〇県〇〇市〇〇●-●-●	●●号室	

申請者記入欄			区記入欄		
--------	--	--	------	--	--

未使用の受診票（回数）	健診受診日	申請額	助成対象として認定する額	助成限度額	助成額
-------------	-------	-----	--------------	-------	-----

申請する妊婦健診等について、「未使用の受診票（回数）」の欄に受診日を記入してください。

訂正する場合は、二重線を引き正しい内容を記載の上、訂正印を押印してください。

また、申請者の氏名欄に同様の印鑑で押印してください。(スタンプ印不可)

●この欄は記入しないでください。

成 申 請 額	妊婦健康診 (8回目)	×年 4月 ×日	5,090 円
	妊婦健康診	●年 5月 ◇日	5,090 円
	妊婦健康診査 (10回目)	年 7月 ▲日	円
	妊婦健康診査 (11回目)	年 月 日	円
	妊婦健		円
	妊婦健		円
	妊婦健康診査 (14回目)	年 月 日	円

自費(健康保険適用外)で支払った金額を記入してください。

注意!

●鉛筆や消せるペンでは記入しないでください。(再度ご提出いただく場合があります。)

振込先を①申請者以外 又は ②旧姓の口座に指定する場合は、下記の委任状が必要です。

① (申請者)台東 母子
(委任者)台東 父男 (夫)

② (申請者)台東 母子
(委任者)浅草 母子 (本人旧姓)

振込先	金融機関名	台東	銀行	信用金庫	浅草	本店	支店	出張所
	座種別	普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	右詰記入			
	リガナ		タイトウ	チチオ				
	座名義		台東	父男				

申請者本人又は旧姓の口座名義に振り込みを希望される場合は、下記の委任状に申請者自署による記入が必要です。

委任状	私は、里帰り出産等に係る妊婦健康診査及び新生児聴覚検査費助成金の受領を上記口座名義のものに委任します。 (申請者) ○○ ○○ (受任者) ▲▲ ▲▲ ()
-----	--