

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申請書兼請求書

台東区長 様

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を申請します。支給金額は下記の口座に振り込んでください。なお、この申請に基づく交付決定にあたり、確認等が必要な場合は受診医療機関等に問い合わせをすることに同意します。

申請者兼請求者（妊産婦）									
フリガナ						生年月日		年 月 日	
氏名									
住所 <small>転出した方は台東区在住時の住所と、転出後の現住所を記入して下さい。</small>		〒 _____ - _____ 台東区							
出産年月日 <small>（出産前は予定日）</small>		年 月 日		電話番号					
申請金額 <small>（請求額）</small>						※記入例参照			
振込先									
金融機関及び支店名		銀行 ・ 信用金庫 ・ 信用組合				本店 ・ 支店 ・ 出張所			
コード						コード			
口座種別		普通		口座番号				右詰記入	
フリガナ									
口座名義人									

申請者以外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。	
申請者との関係	
（申請者） _____	（受任者） _____ （ _____ ）

申請に必要な書類の確認（確認したら□に✓してください）			
<input type="checkbox"/>	未使用の 受診票	<input type="checkbox"/> 妊婦健診1回目（ 1 枚 ）	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査（ 枚 ）
		<input type="checkbox"/> 超音波検査（ 枚 ）	※3枚綴りのままご提出ください。 ※本人・医療機関等の記入は不要です。
		<input type="checkbox"/> 妊婦健診2回目以降（ 枚 ）	
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診（ 1 枚 ）	
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳の コピー	<input type="checkbox"/> 表紙	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査の記録のページ
		<input type="checkbox"/> 妊娠中の経過のページ	
<input type="checkbox"/>	医療機関等発行 の 領収書・明細書	<input type="checkbox"/> 医療機関等発行の領収書のコピー	※返却できませんのでご注意ください。
		<input type="checkbox"/> 医療機関等発行の明細書のコピー	

<区処理欄>

住民日	年 月 日
転出日	年 月 日
窓口対応日	年 月 日
受付者	
郵送到着日	年 月 日
交換便到着日	年 月 日

【受診票】

1回目	枚
2～14回目	枚
子宮頸がん	枚
超音波	枚
聴覚	枚

【領収書】

枚

【母子手帳】 _____ 枚

収受印