

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

転出済みの方、または転出予定の方は、台東区在住時の住所と、転出先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

申請者兼請求者（妊産婦）			
氏名	<input type="text"/>	生年月日	年 月 日
住所	〒 _____ - _____ 台東区		
出産年月日 (出産前は予定日)	年 月 日	電話番号	<input type="text"/>
申請金額 (請求額)	※記入欄		
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	<input type="text"/>		コード <input type="text"/>
口座種別	普通	口座番号	<input type="text"/>
フリガナ	<input type="text"/>		
口座名義人	台東 <input type="text"/> はなこ 上野 はなこ		

提出された資料から台東区が算出いたしますので、
空欄のままご提出ください。

ゆうちょ銀行の場合は三桁の漢数字を記入してください

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

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申請書兼請求書（申請者） _____ （受任者） _____

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、申請者の氏名欄と同様の印鑑を押印してください。(スタンプ印不可)

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】 妊産婦氏名 ②【申請者】 現在の氏名
【受任者】 夫の氏名（夫） 【受任者】 旧姓（本人旧姓）

提出書類に
☑と枚数を記入
してください。

申請に必要な書類の確認（確認したら□に✓してください）			
<input checked="" type="checkbox"/>	未使用の受診票	<input type="checkbox"/> 妊婦健診1回目 (1枚) <input checked="" type="checkbox"/> 超音波検査 (3枚) <input checked="" type="checkbox"/> 妊婦健診2回目以降 (6枚) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (1枚)	<input checked="" type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 (1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 checked="" type="checkbox"/>	母子健康手帳のコピー	<input checked="" type="checkbox"/> 表紙 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠中の経過のページ	<input checked="" type="checkbox"/> 検査の記録のページ
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関等発行の領収書・明細書	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関等発行の領収書のコピー <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関等発行の明細書のコピー	※返却できませんのでご注意ください。 ※返却できませんのでご注意ください。