

港区妊婦健康診査等費用助成金支給申請書

(宛先) 港区長

妊婦健康診査等費用助成金の支給を申請します。支給金額は、下記の口座に振り込んでください。

※この審査に必要な住民基本台帳に関する情報及び医療機関等における情報について調査することに同意します。

申請日 年 月 日

申請者兼請求者	フリガナ			生年月日		年	月	日
	妊産婦氏名					年	月	日
	住所	港区	い ず れ か	出産年月日 (港区から転出し、出産前に申請する場合は出産予定年月日)		年	月	日
	電話番号			(出産に至らなかった場合) 最後の妊婦健康診査受診日		年	月	日
提出する未使用の受診票	1回目(水色)	2~14回目(黄色)	超音波(白色)	子宮頸がん検診(桃色)	新生児聴覚検査(白色)			
それぞれ枚数を記入してください	枚	枚	枚	枚	枚			
助成申請額	未使用受診票	健診年月日	区分	健診額(A) (保険外診療のみ)	助成申請額(B)		申請額	保健所記入欄
				円	2023年度 受診分	2024年度 受診分	(A)(B)のうち 低い方の金額	決定額
	妊婦健康診査(水色1)	年 月 日	都外	円	10,880円	10,980円	円	円
	妊婦健康診査(黄色2)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色3)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色4)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色5)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色6)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色7)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色8)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色9)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色10)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色11)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色12)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色13)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦健康診査(黄色14)	年 月 日	都外・助産院	円	5,090円	5,140円	円	円
	妊婦超音波検査(白色1)	年 月 日	都外	円	5,300円	5,300円	円	円
	妊婦超音波検査(白色2)	年 月 日	都外	円	5,300円	5,300円	円	円
	妊婦超音波検査(白色3)	年 月 日	都外	円	5,300円	5,300円	円	円
	妊婦超音波検査(白色4)	年 月 日	都外	円	5,300円	5,300円	円	円
子宮頸がん検診(桃色)	年 月 日	都外	円	3,400円	3,400円	円	円	
新生児聴覚検査(白色)◆	年 月 日	都外	円	(1人) 3,000円	(1人) 3,000円	円	円	
合計			円			円	円	
◆新生児聴覚検査の申請をしない場合は、該当の□に✓してください。(その他の場合は理由も記載してください。)								
<input type="checkbox"/> 保険適用により検査を受けた(NICU等)。(→他の助成制度(マル乳医療証等)で助成) <input type="checkbox"/> 受診した病院では、検査費用の本人負担がなかった。 <input type="checkbox"/> 都内の委託医療機関で受診票を利用して受診した。 <input type="checkbox"/> その他(理由:)								
振込先	金融機関名	銀行	口座番号		種別	普通	フリガナ	
		信用金庫	金融機関コード			当座	口座名義人(※)	
		本店						
		支店	支店コード					

(※) 振込先の口座名義人が、申請者兼請求者(妊産婦氏名)の旧姓の場合は、「(旧姓)」と補記してください。

(※) 振込先の口座名義人が、申請者兼請求者(妊産婦氏名)以外の場合は、下記の委任状に記入が必要です。

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の権限を委任します。

年 月 日 申請者兼請求者(妊産婦氏名)

【区処理欄】

総合支所受付印	保健所受付印	住民登録日		備考欄
		転出年月日		