

里帰り出産等妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

年 月 日

練馬区長 殿



里帰り出産等妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費助成を申請します。支給金額は、下記の口座に振り込んでください。  
記

申請者兼請求者	(フリガナ)				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所	郵便番号	練馬区		
	電話番号			出産年月日	年 月 日
	新生児名				

助成申請額	健康診査等種別	健診等受診日	申請額	受診票チェック	決定額
	妊婦健康診査(1回目)	年 月 日	円	未使用受診票 ~ 回目 ( 回分)	円
	妊婦健康診査(2回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(3回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(4回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(5回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(6回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(7回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(8回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(9回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(10回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(11回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(12回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(13回目)	年 月 日	円		円
	妊婦健康診査(14回目)	年 月 日	円		円
	妊婦超音波検査	年 月 日	円	(有・無)	円
	妊婦子宮頸がん検診	年 月 日	円	(有・無)	円
	新生児聴覚検査	年 月 日	円×人	(有・無)	円
	合計	回	円		円

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	支店番号	種別
	口座番号	(口座番号は右詰め記入)			
	フリガナ(必須)				
	口座名義				

領収書の返却 希望する 希望しない

\*振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入と押印が必要です。

**委任状**

私は、本件に係る助成金の受領を下記の者に委任します。

(住所) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 月 日 申請者兼請求者氏名 \_\_\_\_\_

【区処理欄】 里帰り出産等妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費の助成について、下記のとおり決定する。

申請受付印	支給決定金額(上記内訳のとおり)	健康推進課長
	支給決定年月日	年 月 日
	支給決定通知年月日	年 月 日