第１号様式（第５条関係）

記 入 例

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

令和○年○月○日

練馬区長

申請の印鑑は、シャチハタ印などは不可です。空欄部分にも押印してください。助成金の受領を委任した場合は、委任状欄にも同じ印鑑の押印が必要です。

記

上記の助成金の申請を行います。支給金額は、下記の口座に振り込んでください。

申請者兼請求者	(フリガナ)	ネリマ　ハナコ		生 年 月 日
	氏 名	練馬　花子 (印)		平成○○年○月○日
	住 所	郵便番号 ○○○-○○○○ 練馬区　○○○町○-○-○-101		
	電話番号	03-○○○○-○○○○	出産年月日	令和2年4月2日
	新生児名	○○　○○		

申請者兼請求者は、妊産婦の方に限ります。
新生児聴覚検査費助成のみ申請する場合は、新生児の保護者となります。

日中連絡がつく電話番号（携帯電話番号可）をご記入ください。

		健診等受診日	申請額	受診票チェック	決定額
助成申請額			円	未使用受診票	円
		年　月　日	円		円
		年　月　日	円		円
		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)	2 年 1 月 20 日	5,070 円		円
	妊婦健康診査(12 回目)	2 年 2 月 25 日	4,500 円		円
	妊婦健康診査(13 回目)	2 年 3 月 30 日	5,070 円		円
	妊婦健康診査(14 回目)	年　月　日	円		円
	妊婦超音波検査	2 年 2 月 25 日	5,300 円	（有 ・ 無）	円
	妊婦子宮頸がん検診	2 年 1 月 20 日	3,400 円	（有 ・ 無）	円
	新生児聴覚検査	2 年 4 月 5 日	3,000 円×1 人	（有 ・ 無）	円
	合 計	6 回	23,340 円		円

振込先の銀行口座を正確に記入してください。
フリガナをカタカナで必ず記入し、口座番号は右詰めで記入してください（5～6桁の場合は頭に「0」をつけてください）。

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
									○ ○ ○	普通
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	（口座番号は右詰め記入）	
	フリガナ(必須)	ネリマ　タロウ								
	口座名義	練馬　太郎								
領収書の返却		■ 希望する　□ 希望しない								

振込先の口座名義が申請者以外の場合には、委任状にも記入が必要です。振込先口座名義人の住所と氏名を記入し、申請者の氏名と押印をお願いします。

＊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

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）　練馬区○○○町○-○-○-101　　（氏名）　練馬　太郎

令和○年○月○日　　申請者兼請求者氏名　練馬　花子 (印)

【区処

受診票を使用せず、助産所または都外医療機関に支払った金額を記入してください。ただし、医療機関等に支払った金額が公費負担の上限額を超える場合は、上限額（令和2年度は1回目 10,850 円、2 回目以降 5,070 円、超音波 5,300 円、子宮頸がん 3,400 円、新生児聴覚検査 3,000 円）を記入してください。上限額に満たない場合は、その金額を記入してください。