

練馬区里帰り出産等妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費申請書兼請求書 ○年 ○月 ○日

練馬区長 殿

練馬 申請者本人の自署が必要です。 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)	ネリマ ハナコ	生 年 月 日	
	氏 名 (本人自署)	練馬 花子	平成○○年 ○月 ○日	
	住 所	〒○○○-○○○○ 練馬区 ○○○町○-○-○-101		
	電話番号	03-○○○○○-○○○○○	出産年月日	令和7年 7月 2日
	新生児名	練馬 一郎		

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。

健診等受診日	申請額	受診票チェック	決定額
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。	円		円
	円		円
年 月 日	円		円
年 月 日	円		円
年 月 日	円	未使用受診票	円
妊婦健康診査(5回目)	円		円
妊婦健康診査(6回目)	円		円
妊婦健康診査(7回目)	円		円
妊婦健康診査(8回目)	円		円
妊婦健康診査(9回目)	円		円
妊婦健康診査(10回目)	円		円
妊婦健康診査(11回目)	7年4月20日 5,280円		円
妊婦健康診査(12回目)	7年5月25日 4,500円		円
妊婦健康診査(13回目)	7年6月30日 5,280円		円
妊婦健康診査(14回目)	年 月 日 円		円
妊婦超音波検査(1回目)	7年5月25日 5,300円		円
妊婦超音波検査(2回目)	年 月 日 円	～ 回目	円
妊婦超音波検査(3回目)	年 月 日 円	(回分)	円
妊婦超音波検査(4回目)	年 月 日 円		円
妊婦子宮頸がん検診	7年4月20日 3,400円	(有・無)	円
新生児聴覚検査	7年7月5日 3,000円×1人	(有・無)	円
合 計	6回 26,760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	〇〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所	支店番号	種別	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		〇 〇 〇	普通・当座	
	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

*振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委託状

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(本人自署) 練馬 花子

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、申請者の氏名の記入を
お願いします。
(申請者本人の自署が必要です。)

【区外】 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7年度は1回目11,280円、2回目以降5,280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。