

## 里帰り出産等による妊婦健康診査等助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 板橋区長

私は、里帰り出産等による妊婦健康診査助成金又は新生児聴覚検査助成金の交付について下記のとおり申請します。

なお、この申請内容について、区が保有する公簿等を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

※太線の枠内を記入のうえ、押印してください。

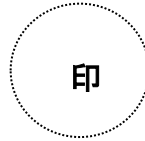
|     |            |   |   |       |   |  |
|-----|------------|---|---|-------|---|--|
| 申請者 | フリガナ       |   | 印   | 生年月日  | 電話番号  |  |
|     | 氏名<br>※1   |   |   | 年 月 日 |   |  |
|     | 出産日        | ※妊婦健康診査の払い戻しを申請する場合は記入<br>年 月 日 (予定日 年 月 日) |   |       | ※新生児聴覚検査の払い戻しを申請する場合は必ず記入<br>受診者(乳児)との続柄( ) |  |
|     | 住所         | (郵便番号) —<br>板橋区                             | ※住民登録をしている住所を記入してください。<br>※転出された方(又は転出予定の方)は、板橋区での住所と転出先の現住所をご記入ください。 |       |   |  |
|     | 転出先<br>現住所 | (郵便番号) —                                    | 転出(予定)日<br>年 月 日  |       |   |  |

| 未使用受診票No.          | 妊婦健康診査受診日 | 受診区分<br>(該当するものに○) | 申請額 ※2 | 区 処 理 欄 |     |
|--------------------|-----------|--------------------|--------|---------|-----|
|                    |           |                    |        | 受診票     | 決定額 |
| 妊婦健康診査(1回目)        | 年 月 日     | 都外・他               | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(2回目)        | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(3回目)        | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(4回目)        | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(5回目)        | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(6回目)        | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(7回目)        | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(8回目)        | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(9回目)        | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(10回目)       | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(11回目)       | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(12回目)       | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(13回目)       | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査(14回目)       | 年 月 日     | 都外・助産所・他           | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦子宮頸がん検診(1回分)     | 年 月 日     | 都外・他               | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦超音波検査(1回分)       | 年 月 日     | 都外・他               | 円      | 回収      | 円   |
| 妊婦健康診査助成金 交付申請額 合計 |           |                    | 円      |         | 円   |

|         |   |            |                    |        |         |
|---------|---|------------|--------------------|--------|---------|
| 新生児聴覚検査 | フリガナ                                    |            | 印                  | 生年月日   |         |
|         | 受診者氏名(乳児)                               |            |                    | 年 月 日  |         |
|         | ※新生児聴覚検査の助成対象となるのは、2019年4月1日以降に出生した方です。 | 新生児聴覚検査受診日 | 受診区分<br>(該当するものに○) | 申請額 ※2 | 区 処 理 欄 |
|         | 年 月 日                                   | 都外・助産所・他   | 円                  | 受診票    | 決定額     |
|         |   |            |                    | 回収     | 円       |

- ※1 申請者欄の氏名 (1) 妊婦健康診査と新生児聴覚検査の両方を同時に申請するとき→妊産婦本人  
 (2) 妊婦健康診査分のみ申請するとき→妊産婦本人  
 (3) 新生児聴覚検査分のみ申請するとき→保護者

※2 「申請額」は、妊婦健康診査又は新生児聴覚検査に要した費用(保険適用分を除く)と助成限度額のいずれか低い金額を記入してください。



健康福祉センター受付印

|      |     |           |       |          |   |
|------|-----|-----------|-------|----------|---|
| 区処理欄 | 受付者 | 住民登録日     | 年 月 日 | 妊婦健康診査分  | 円 |
|      |     | 転出年月日     | 年 月 日 | 新生児聴覚検査分 | 円 |
|      |     | 母子健康手帳交付日 | 年 月 日 | 合計       | 円 |