

申請書記入見本

杉並区多胎妊婦健康診査等費用助成申請書 兼支払金口座振替依頼書

杉並区長 宛

多胎妊婦健康診査等費用助成を申請します。助成金は、下記の口座に振込んでください。
この申請に必要な杉並区が所有する情報について、杉並区が閲覧・調査することに同意します。

申請期間は出産から1年以内です。

※太枠内を消えないペンで記入してください。

※朱肉を使う印鑑で押印してください。

印鑑は銀行印でなくてもよいですが、朱肉を使う印鑑を使用してください。

申請日		年 月 日	
フリガナ		生 年 月 日	
(妊産婦)氏名		年 月 日	
住 所		〒	
電話番号		転出前住所 (転出者のみ) 杉並区	
母子健康手帳交付日		年 月 日	
出産年月日		年 月 日	
出産前日		年 月 日	
助成申請内訳	妊娠中の経過の記録・領収書で確認	健診受診日	申請額
	妊婦健康診査(15回目)	年 月 日	上限額を超える場合は上限額
	妊婦健康診査(16回目)	年 月 日	円 R5年4月～R6年3月
	妊婦健康診査(17回目)	年 月 日	円 2回目以降 5,090円
	妊婦健康診査(18回目)	年 月 日	円 R6年4月～R7年3月
	妊婦健康診査(19回目)	年 月 日	円 2回目以降 5,140円
計 (a)		回	計 (b)
1～14回目 受診		無	有
1～14回目 回数		1～14 (c)	回
1～14 助成額		1～14 (d)	円
計 (a)+(c)		回	合計 (b)+(d)
金融機関名		銀行 金融庫 組合	支店番号
金融機関コード		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)		1. 普通	
口座名義		2. 当座	

※口座名義人が、妊産婦本人以外の場合は、下記の委任状に申請者(妊産婦)の署名・押印が必要となります。

委 任 状	
私は、上記の口座名義人に多胎妊婦健康診査等費用助成金の受領について委任します。	
年 月 日	(妊産婦)氏名

※職員記載欄 ※旧姓の口座に振込む場合は、課長名の同一人確認書を添付

支給決定額	円	住民年月日	年 月 日
-------	---	-------	-------

欄外に捺印を押していただければ、軽微な訂正事項は書類をお返しすることなく訂正できます。※捺印がなく内容の訂正がある場合は、書類をいちどお返し、訂正箇所を押印してから、返送していただくことになります。

日付・金額は記入しないでください。

振込先の訂正は、二重線で消して書き直し、必ず訂正印を押してください。振込先の訂正は捨て印があっても訂正印が必要です。

振込先が夫の口座名義など、申請者(妊産婦)以外の場合は、申請者が必ずこの委任状欄に署名・押印してください。

★は都外で健診をされていない方は無印、都外で健診された方は有印してください。
★里帰り先(都外)で妊婦健康診査を受診・出産した方は別紙の「杉並区妊婦健康診査等費用助成申請書兼支払金口座振替依頼書」と併せて一緒に申請してください。

郵送での申請方法

下記の①～④を同封して担当地域の保健センターへ郵送してください。

受付の翌月中旬頃、助成金額を決定し、決定通知書と領収書原本を返送します。

※領収書の返送を急がれる場合は、確認次第領収書のみ先に返送します。メモを添付の上、

領収書の返送用封筒を同封してください。ただし、その場合でも返却には2～3週間、日数を要します。

- 申請書(ダウンロード後、上記見本を参考に記入し、朱肉を使う印で押印してください。)
- 母子健康手帳の以下のページのコピー(コピーには、産婦氏名を記名してください。)(対象のお子さん全員分必要です)
 - 母子健康手帳の表紙(交付年月日の確認のため)
 - 出生届出済証明欄(市区町村長の証明印押印済のもの)
 - 妊娠中の経過(P8～9)
- 助成対象の健康診査のすべての「領収書の原本とコピー(両方)」と「明細書のコピー」
※原本返却が不要の方は、原本のみで申請できますが、返却できませんのでご了承ください。
- 振込先の通帳またはキャッシュカードのコピー(口座番号・支店コード番号がわかるもの)

※内容について、お問い合わせをする場合があります。電話番号は日中連絡のつく番号をご記入ください。
※郵送申請の受付日は保健センターで受領した日になります。出産後1年を過ぎると受付できませんので、必ず間に合うようにお送りください。