

東京都北区里帰り出産等妊婦健康診査等助成金

申請書兼請求書

北区長 殿

里帰り出産等妊婦健康診査等助成金を申請し、請求します。

この申請書は、区において支給決定をした後は、本助成金の請求書として取り扱うことに同意します。

この申請に基づく支給決定に当たり、北区が保有する情報について調査・閲覧することに同意及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

住所	電話 ()
申請者	(生年月日 年 月 日)
新生児聴覚検査 1 か月児健康診査 受診者	(生年月日 (出生日) 年 月 日)
申請項目	☐ 妊婦健康診査 ☐ 産婦健康診査 ☐ 新生児聴覚検査 ☐ 1 か月児健康診査

職員記載欄

母子健康手帳交付日（又は転入日）

年 月 日

（北区を転出している場合）転出日

年 月 日

受診日時点での北区の住民登録（妊産婦）

有 ・ 無

裏面あり

金 額	¥	円
-----	---	---

いずれか 記入して ください。	ゆうちょ 銀行 以外の 金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合			本 店 支 店 出張所											
		金融機関コード					店番号									
		預金種目		口座番号（右づめで記入してください。）												
		普通 当座														
	ゆうちょ 銀行	通帳記号		1桁の数字が ない場合は空欄			通帳番号（右づめで記入してください。）									
						—		—								
必ず記入して ください。 旧姓名義の口座には 振込できません。	フリガナ															
	口座名義人															

※申請者以外の口座を指定する場合には、以下の委任欄に記載してください。

上記の口座名義人に東京都北区里帰り出産等妊婦健康診査等助成金の受領を委任いたします。
申請者