

上記費用助成金の支給を申請します。支給の決定をした助成金は、私が指定する下記の口座に振り込んでください。
口座名義人が私以外の場合は助成金の受領を口座名義人に委任します。

この申請に必要な住民基本台帳等に関する情報について渋谷区が調査すること、受診・受検医療機関等に支払いの内容を確認することを同意します。また、審査内容に不正があった場合は受給額を全額返還します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
申請人氏名					
フリガナ		分娩・出生年月日	年	月	日
お子様の氏名 ※1か月児健診申請の場合は(双子以上は連名にて)記入してください。					
住所	渋谷区				
	アパート・マンション名 ()				
※転出された方は渋谷区での住所と現住所を記入してください。	転出先現住所				
連絡先電話番号	()	—	自宅・勤務先・携帯 ※○をつけてください。		
申請金額	※助成金額は区が決定します。				

金融機関	銀行 信用金庫 信用組合						支店				口座 番号		1 普通				2 当座					
	コード						コード															
フリガナ																						
口座名義																						

- 申請書には、助成制度の種別に応じ確認に要する書類を添付してください。
- 保険診療、妊娠確定のための検査、予防接種、文書代、材料費、学級受講料などは対象外です。

また、助成対象となる項目でも保険適用の場合は対象外です。

· · · · · 《 区 处 理 欄 》 · · · · ·

受付日	☐ 郵送 ☐ 窓口	住民情報 確認		母子手帳		領収書・ 明細書			
添付受診票 (結果通知票)	1回目	2回目以降	超音波	子宮頸 がん	新生児 聴覚	産婦	1か・月児	医療機関 確認	
住民登録日	年	月	日	助成決定金額 助成決定年月日 支出年月日	円			担当	
転出年月日	年	月	日		年 月 日				
					年 月 日				

妊婦健康診査（1回目） 助産所における妊婦健康診査費用は不可 ※太枠の中のみ記入してください。

	受診年月日	支払金額（a）	交付限度額（b）			申請金額 （aとbのうち低い金額）	※ 区使用欄	
			R6.4～ 受診分	R7.4～ 受診分	R8.4～ 受診分		決定金額	備考欄
1	年 月 日	円	10,980円	11,280円	11,670円	円	円	

妊婦健康診査（2～14回目）

	受診年月日	支払金額（a）	交付限度額（b）			申請金額 （aとbのうち低い金額）	決定金額	備考欄
			R6.4～ 受診分	R7.4～ 受診分	R8.4～ 受診分			
2	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
3	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
4	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
5	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
6	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
7	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
8	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
9	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
10	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
11	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
12	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
13	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
14	年 月 日	円	5,140円	5,280円	5,460円	円	円	
	小計							

妊婦超音波検査 助産所における妊婦超音波検査は不可

	受診年月日	支払金額（a）	交付限度額（b）	申請金額 （aとbのうち低い金額）	決定金額	備考欄
1	年 月 日	円	5,300円	円	円	
2	年 月 日	円	5,300円	円	円	
3	年 月 日	円	5,300円	円	円	
4	年 月 日	円	5,300円	円	円	

妊婦子宮頸がん検診 助産所における妊婦子宮頸がん検診は不可

	受診年月日	支払金額（a）	交付限度額（b）	申請金額 （aとbのうち低い金額）	決定金額	備考欄
	年 月 日	円	3,400円	円	円	

新生児聴覚検査 助産所における新生児聴覚検査は不可

	受診年月日	支払金額（a）	交付限度額（b）	申請金額 （aとbのうち低い金額）	決定金額	備考欄
	年 月 日	円	3,000円 × 人数	円	円	

産婦健康診査

	受診年月日	支払金額（a）	交付限度額（b）	申請金額 （aとbのうち低い金額）	決定金額	備考欄
1	年 月 日	円	5,000円	円	円	
2	年 月 日	円	5,000円	円	円	

1か月児健康診査 助産所における1か月児健康診査は不可

	受診年月日	支払金額（a）	交付限度額（b）	申請金額 （aとbのうち低い金額）	決定金額	備考欄
	年 月 日	円	6,000円 × 人数	円	円	

※令和9年度以降については、交付限度額が変更となる場合があります。

申請金額合計

円

決定額合計

円