

渋谷区長 殿

渋谷区里帰り等妊婦健康診査費用助成金 申請書兼請求書

渋谷区新生児聴覚検査費用助成金 申請書兼請求書

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に同意します。

申請日 年 月 日

フリガナ			生年月日	年	月	日
申請人氏名						
住所 (※ 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。)	渋谷区	町	番	号		
	アパート・マンション名 ( )					
	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。			
分娩・出生年月日	年	月	日			
申請金額 ※助成金額は区が決定します。						円
添付受診票 (未使用分) ※○をつけてください。	・妊婦健診 1回目	・妊婦健診2回目以降 ( 枚)	・超音波検査 ( 枚)	・子宮頸がん 検診	・新生児聴覚 検査	

振込指定口座

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									

※裏面にも記入してください。

◎申請書には、助成制度の種別に応じ、次の書類を添付してください。

- ① 未使用の「妊婦健康診査・妊婦超音波検査・妊婦子宮頸がん検診受診票」  
「新生児聴覚検査受診票」(東京都区市町村発行)
- ② 助産所又は医療機関発行の「領収書」のコピー及び「診療費明細書」のコピー
- ③ 母子健康手帳の下記ページのコピー
  - ・表紙 (交付日がわかるもの)
  - ・出生届出済証明 P1
  - ・妊娠中の経過 P8～9
  - ・検査の記録 P18 (新生児聴覚検査の検査年月日がわかるもの)

※その他、書類の提出をお願いすることがあります。

◎確認のため、医療機関等に問い合わせをさせていただくことがあります。

◎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 処 理 欄	受付印	住民登録日	年 月 日 ( )	助成決定金額	円
	〒 窓口			助成決定年月日	年 月 日
		転出年月日	年 月 日	決定通知年月日	年 月 日
				支出年月日	年 月 日

受診票を使用せずに受診した健康診査・検査の内容

※ 太枠の中のみ記入してください。

未使用 受診票No. (種別)	受診年月日	受診区分 (いずれかに○ をしてください)	支払金額 (a)	交付限度額 (b)	申請額 (aとbのうち 低い金額)	※ 区使用欄	
						決定金額	備考欄
1	年 月 日	医療 機関 / その他	円	10,980円 11,280円 11,670円	円	円	
2	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
3	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
4	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
5	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
6	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
7	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
8	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
9	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
10	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
11	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
12	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
13	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
14	年 月 日	医療 機関 / 助産所 / その他	円	5,140円 5,280円 5,460円	円	円	
超音波1	年 月 日	医療 機関 / その他	円	5,300円	円	円	
超音波2	年 月 日	医療 機関 / その他	円	5,300円	円	円	
超音波3	年 月 日	医療 機関 / その他	円	5,300円	円	円	
超音波4	年 月 日	医療 機関 / その他	円	5,300円	円	円	
子宮頸 がん	年 月 日	医療 機関 / その他	円	3,400円	円	円	
妊婦健康診査費用 小 計			円		円	円	
新生児 聴覚検査	年 月 日	実施医療機関 以外で受診	円	3,000円	円	円	
合 計			円		円	円	

\* 交付限度額欄 (b) について  
 金額が3段で記載されている場合、いずれかの金額に○を記入してください。  
 令和6年4月1日から令和7年3月31日までの受診分は上段金額  
 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの受診分は中段金額  
 令和8年4月1日以降の受診分は下段金額  
 ※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。