

(第1号様式)

里帰り等妊産婦健康診査、新生児聴覚検査及び1か月児健康診査費用助成申請書兼請求書

目黒区長 宛て

関係書類を添えて下記のとおり里帰り等妊産婦健康診査、新生児聴覚検査及び1か月児健康診査の費用助成を申請します。区が助成を決定した場合は、その額を下記の口座に振り込んでください。

なお、請求に当たり、区が私の住民基本台帳を閲覧すること、また確認が必要な場合は医療機関等に問い合わせをすることに同意します。

申請日 年 月 日

申請者 氏名

住所

電話番号 ()

(フリガナ)		生 年 月 日
受診者氏名		年 月 日
受診者住所	目黒区	
受診医療機関等	医療機関名 住 所	
受診年月日		
分娩(予定)年月日		
健康診査の種別	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査 (第 回目) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 妊婦超音波検査 (回) <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 (回) <input type="checkbox"/> 1ヵ月児健康診査	
申請金額		

振込先 金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合							店
預金種目を○で囲む				口座番号				
<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 貯蓄	<input type="checkbox"/> その他 ()					
(フリガナ)								
(口座名義)								

※口座名義欄に申請者氏名以外または旧姓を記入する場合は下欄の委任状に記入が必要になります。

委 任 状	
私は、上記口座名義人に里帰り等妊産婦健康診査、新生児聴覚検査及び1か月児健康診査費用助成金の受取を委任いたします。	
年 月 日	
委任者(申請者)氏名	

区処理欄

住記確認		添付書類確認		助成決定金額	円
------	--	--------	--	--------	---