

記入例

(第1号様式)

※太枠の囲み部分は訂正不可です。  
書き間違えた場合は、初めから書き直してください。

里帰り等妊婦健康診査費及び新生児聴覚検査費助成申請書

(フリガナ)	メグロ ハナコ ・ サクラ	生年月日
受診者氏名	目黒 花子 ・ 桜	〇〇年〇月〇日
受診者住所	目黒区上目黒1-1-1 めぐろマンション101号室 <small>新生児聴覚検査を申請する場合は、子の氏名もご記入ください。</small>	
受診医療機関等	名称	かながわ産婦人科 <small>目黒区での住所をご記入ください。</small>
	住所	神奈川県横浜市神奈川区1-1-1
	氏名	神奈川 医師 <small>医師の氏名が不明の場合は未記入で構いません。</small>
受診年月日	令和△年△月△日、 <del>×月×日</del> 目黒花子、◇月◇日	
分娩(予定)年月日	令和〇年〇月〇日 <small>訂正する場合は、訂正箇所に二重線と余白に申請者氏名をご記入ください。</small>	
健康診査の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦健康診査 (第 12~13 回目) <input type="checkbox"/> 妊婦超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input checked="" type="checkbox"/> 新生児聴覚検査	
申請金額	金額は記入しないでください。	

里帰り等妊婦健康診査及び新生児聴覚検査の助成を申請します。  
この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、目黒区が調査することに同意します。

日付は窓口でご記入ください。

年 月 日

目黒区長あて

申請者

住所 目黒区上目黒1-1-1 めぐろマンション101号室

目黒区から転出している場合は、  
現在のご住所をご記入ください。

氏名 目黒 花子

窓口で手続きする方の  
氏名をご記入ください。

電話 012 (3456) 7890

処理欄

住記確認		添付書類確認		決定金額	
------	--	--------	--	------	--