

## 大田区里帰り等妊婦健康診査・新生児聴覚検査費用助成申請書

妊婦健康診査・新生児聴覚検査（契約外医療機関等受診分）の費用助成を申請します。  
また、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、大田区が調査することに同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 大田区長

(フリガナ)

申請者(受診者)氏名

住所

電話番号

生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)

※新生児聴覚検査費用助成のみの申請の方も申請者は妊婦健診を受けた方となります。

受診医療機関名	
受診医療機関住所	

※ 裏面に契約外医療機関等での妊婦健診等の受診・支払い状況を記入してください。

※ 消せるボールペンは使用しないでください。

※ 氏名の訂正はできません。(受診者とは妊婦健診を受診した方です)

健康づくり課使用欄 (点線以下は記入しないでください。)

母子健康手帳確認 領収書確認 未使用受診票確認 その他 ( )

上記申請について、

1 支給を決定する。

支給額 円

支給内容: 1 妊婦健診1回目 2 妊婦健診2回目以降( 回分)  
3 超音波検査 4 妊婦子宮頸がん検診  
5 新生児聴覚検査

2 不支給を決定する。

理由

月 日 決定

収受印

受診者氏名 \_\_\_\_\_ 様

## 契約外医療機関等での妊婦健診等の受診・支払い状況記入欄

※ 太枠の中をご記入ください。

【対象：母子健康手帳交付以降、大田区に住民登録のある期間に、契約外医療機関等で妊婦健診等を受診した分、新生児聴覚検査の費用です。なお、健康保険での受診分は対象外です。】

受診回数	受診年月日 (領収書を参照)	契約外医療機関等 への支払い金額	未使用受診票の種類					認定助成金額 (健康づくり課記入)
			1回目	2回目以降	超音波	子宮頸がん	新生児聴覚	
1	年 月 日	円						円
2	年 月 日	円						円
3	年 月 日	円						円
4	年 月 日	円						円
5	年 月 日	円						円
6	年 月 日	円						円
7	年 月 日	円						円
8	年 月 日	円						円
9	年 月 日	円						円
10	年 月 日	円						円
11	年 月 日	円						円
12	年 月 日	円						円
13	年 月 日	円						円
14	年 月 日	円						円
15	年 月 日	円						円
合 計								円

◎ 未使用の妊婦健康診査受診票、超音波検査受診票、妊婦子宮頸がん検診受診票、新生児聴覚検査受診票

【記入時のお願い】

- 1 消せるボールペンは使用しないでください。
- 2 受診日の古い順にご記入ください。

**提出・問い合わせ先**

〒144-8621 大田区蒲田5-13-14  
大田区健康政策部 健康づくり課  
管理担当 電話 5744-1661

# 請 求 書

金額		十	万	千	百	十	円

大田区里帰り等妊婦健康診査・新生児聴覚検査費用助成金として、  
上記のとおり請求します。

(あて先)大田区長

令和 年 月 日

請 求 者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

※氏名の訂正は認められません。  
※消せるボールペンは使用しないでください。

## 支 払 金 口 座 振 替 依 頼 書

担 当 課		
年 月 日		
係 員	係 長	課 長

備考

- ・本様式への記載内容は、当区における支払・収入事務以外には利用しません。
- ・訂正・削除等には訂正印を押印してください。ただし、※印の項目は訂正印を用いても訂正・削除等はできません。

二 一

本様式は、同一年度間を通じて口座振替の依頼をする場合に使用してください。本様式に使用する印は、請求書に使用するものと同一印にしてください。

支払金の内容		大田区里帰り等妊婦健康診査費用助成								
振 込 口 座	金融機関	銀行・信用金庫 信用組合			支 店 出 張 所					
	預金種目	1 普通	2 当座	※口座番号 (右づめ)						
	口座カナ									
	※口座名義									
<p>私が今後大田区から受ける支払金については、取消しの申出をしない限り上記口座に振り込んでください。 (宛先) 大田区長 提出日 年 月 日</p> <p>依頼人 郵便番号 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>※氏 名 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 400px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span></p>										
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">印 鑑</p> <p style="text-align: center;">( 請求書に使用する印 )</p> <p style="text-align: center;">( スタンプ印等は不可 )</p> </div>										

備考 本様式は、会計管理者と協議の上、内容の一部を変更することができる。

# 委任状

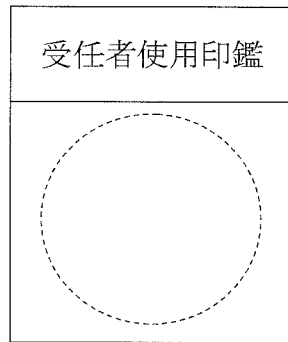
私は 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

を受任者と定め、下記の権限を委任します。

## 記

大田区里帰り等妊婦健康診査・新生児聴覚検査費用助成実施要綱の規定による助成費の請求及び受領に関する一切の権限。



令和 年 月 日

大田区長様

委任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※氏名の訂正は認められません。

※消せるボールペンは使用しないでください。

※委任者と受任者の印鑑は必ず別のものをご使用ください。

(朱肉を使用するもの…スタンプは使用できません)

# 請 求 書

金額	*	*	*	*	*	*	*
----	---	---	---	---	---	---	---

大田区里帰り等妊婦健康診査費用助成金として、上記のとおり請求します。

※請求金額と年月日については申請時に説明いたしますので、その後に記入してください。請求印を忘れずにご持参ください。

(あて先)大田区長

\* 年 \* 月 \* 日

請 求 者

住 所 大田区蒲田 5-13-14

氏 名 大田 花子

電話番号 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

※氏名の訂正は認められません。

※消せるボールペン(フリクションボールペン等)は使わないでください。

第37号様式乙  
(会第76条)

## 支 払 金 口 座 振 替 依 頼 書

担 当 課		
年	月	日
係 員	係 長	課 長

- 備考
- ・本様式への記載内容は、当区における支払・収入事務以外には利用しません。
  - ・訂正・削除等には訂正印を押印してください。ただし、※印の項目は訂正印を用いても訂正・削除等はできません。

二 一 本様式は、同一年度間を通じて口座振替の依頼をする場合に使用してください。本様式に使用する印は、請求書に使用するものと同一印にしてください。

支払金の内容		大田区里帰り等妊婦健康診査費用助成								
振 込 口 座	金融機関	○ ○ ○	銀行・信用金庫 信用組合	○ ○	支 店 出張所					
	預金種目	① 普通 2 当座	※口座番号 (右づめ)	1	2	3	4	5	6	7
	口座カナ	オオタ ハナコ								
	※口座名義	大田 花子								
<p>私が今後大田区から受ける支払金については、取消しの申出をしない限り上記口座に振り込んでください。 (宛先) 大田区長 提出日 * 年 * 月 * 日</p> <p>依頼人 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇</p> <p>住 所 大田区蒲田5-13-14</p> <p>電話番号 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇</p> <p>※氏 名 大田 花子</p>										
<p>印 鑑</p> <p>〔請求書に使用する印〕</p> <p>スタンプ印等は不可</p> <p>大田</p>										

備考 本様式は、会計管理者と協議の上、内容の一部を変更することができる。

### ※【申請者本人以外の口座に振り込む場合】

委任状が必要となり、請求書の請求者、支払金口座振替依頼書の依頼人及び口座名義は受任者となります。

# 委任状

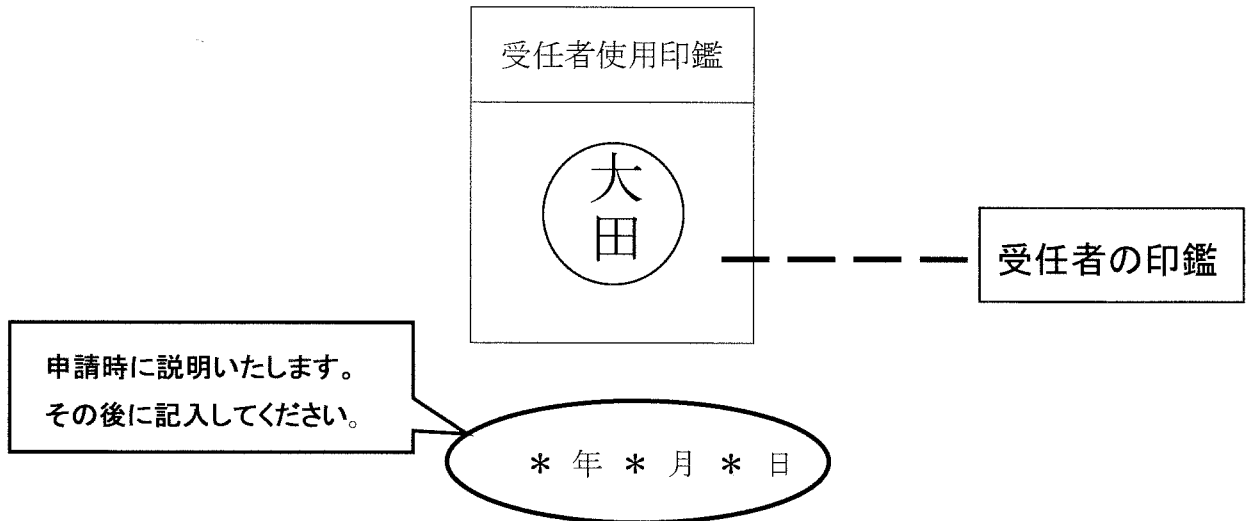
私は 住所 大田区蒲田 5-13-14

氏名 大田 太郎

を受任者と定め、下記の権限を委任します。

## 記

大田区里帰り等妊婦健康診査費用助成実施要綱の規定による助成費の請求及び受領に関する一切の権限。



大田区長様

委任者

住所 大田区蒲田 5-13-14

氏名 大田 花子

※氏名の訂正は認められません。

※消せるボールペン(フリクションボールペン等)は使わないでください。

委任者の印鑑

大田

大田