第1号様式

# 妊産婦健康診査費等助成申請書

**記載例**

（宛先）名古屋市長

関係書類を添えて、妊婦健康診査費等の助成を申請します。また、名古屋市がこの申請に必要な情報について医療機関等に照会することに同意します。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申請日 | 2024 年 4 月 14 日 | 母子健康手帳番号 | 2 9 9 9 9 9 9 | | |
| 申請者氏名（妊産婦氏名） | 名古屋　花子 | 乳児氏名 | 名古屋　香澄 | 電話番号 | 052 － 972 － 2629 |
| 申請者住所 | 〒 460 － 8508<br>名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 | 送付先住所 | 〒 163 － 8001<br>東京都新宿区西新宿2丁目8-1<br>東京澄子　様方　名古屋花子<br>※申請者住所と異なる送付先を希望する場合のみ記入 | | |

| 申請額（合計） | | 58,330 |
|---|---|---|
| 妊婦 | 第１回 | 19,190 円 |
| | 第２回 | 円 |
| | 第３回 | 4,900 円 |
| | 第４回 | 円 |
| | 第５回 | 円 |
| | 第６回 | 円 |
| | 第７回 | 8,790 円 |
| | 第８回 | 円 |
| | 第９回 | 円 |
| | 第１０回 | 円 |
| | 第１１回 | 円 |
| | 第１２回 | 3,000 円 |
| | 第１３回 | 4,950 円 |
| | 第１４回 | 円 |
| 産婦 | 第１回 | 5,000 円 |
| | 第２回 | 5,000 円 |
| 乳児 | | 2,000 円 |
| 新生児聴覚検査 | | 5,500 円 |

| | | |
|---|---|---|
| 多胎妊婦 | 第１回 | 円 |
| | 第２回 | 円 |
| | 第３回 | 円 |
| | 第４回 | 円 |
| | 第５回 | 円 |

《添付書類》

- ☑ 報告票（請求用）
- ☑ 受診日の領収書のコピー
- ☑ 受診日の明細書のコピー ※明細書が発行されていない場合は添付不要です。
- ☑ 振込先の口座情報（金融機関名・口座番号・口座名義人）がわかる部分のコピー

《注意事項》

- 太枠の中を全てご記入ください。
- 申請期限は、受診日の翌日から起算して5年以内です。（消印有効）
- 助成金額は、受診日の属する日に定める上限額と自己負担をした費用を比較して、少ない方の金額になります。
- 多胎妊婦の助成申請ができるのは、多胎児を妊娠して、多胎妊婦健康診査受診票を受け取られた方のみです。

（名古屋市使用欄）この欄には記入しないで下さい。

| 受理日 | 決定額 |
|---|---|
| | 円 |

この欄は、名古屋市が使用しますので何も記入しないでください。

| 振込先（旧姓不可） | 金融機関名 | ゆうちょ | 銀行（○）・農協・金庫 | ニーハ | 本店・営業部・支店（○）・出張所 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関コード | 9 9 0 0 | 店舗コード | 2 1 8 | 預金種別 | ☑ 普通 ・ ☐ 当座 | | | | | | |
| （フリガナ）口座名義人 | （ナゴヤ　ケンタ）<br>名古屋　健太 | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | | | |

※妊産婦以外の口座への振込を希望される場合は、下記の委任について記入してください。

私は、次の者を代理人と定め、妊婦健康診査費等助成金の請求及び領収に関する一切の権限を委任します。

2024 年 4 月 14 日

委任者（申請者）　住所　名古屋市中区三の丸三丁目1番1号　氏名　名古屋　花子

受任者（口座名義人）　住所　名古屋市中区三の丸三丁目1番1号　氏名　名古屋　健太

申請者との続柄　（　夫　）