

江戸川区多胎妊婦に対する妊婦健康診査受診費助成金申請書
（請求書兼支払金口座振替依頼書）

江戸川区長 殿

- ・以下のとおり、関係書類を添えて多胎妊婦に対する妊婦健康診査受診費助成金を申請します。
- ・申請等に当たり、区が私の住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は、医療機関等に問合せをすることに同意いたします。
- ・助成決定後は、以下の指定口座へ口座振替の方法により振り込んでください。

申請者・妊婦氏名	フリガナ	②	申請日	①	年	月	日
	氏名	②	生年月日		年	月	日
	現住所	〒 江戸川区					
	日中連絡ができる電話番号		出産日		年	月	日

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所		
	金融機関コード				支店コード		
	口座種別	1.普通	2.当座	3.貯蓄	口座番号（右詰め）		
	フリガナ	③					
	口座名義						

※ 振込先の口座名義人が申請者以外の場合は、別紙の委任状に申請者の自署による記入が必要です。

助成申請額	妊婦健康診査受診日		妊婦健康診査費用（A） （保険外診療のみ）	助成限度額（B）	請求額（A）又は（B）のうち いずれか低い方の金額
	妊婦健診（15回目）	年 月 日	円	円	円
	妊婦健診（16回目）	年 月 日	円	円	円
	妊婦健診（17回目）	年 月 日	円	円	円
	妊婦健診（18回目）	年 月 日	円	円	円
	妊婦健診（19回目）	年 月 日	円	円	円
	合計	回			円

事務処理欄

☐ 母子健康手帳の「表紙」のコピー（多胎児の子どもの人数分）	住所要件確認者		受付印
☐ 母子健康手帳の「妊娠の経過」が記載されているページのコピー（多胎児の子どもの人数分）	住民登録日		
☐ 普通預金通帳のコピーなど金融機関の振込先が確認できる書類	主管課受理日		
☐ 当該妊婦健康診査（15回目から19回目まで）の領収書・明細書のコピー	助成決定額	円	

【必ずお読みください】記入時の注意点は下記の通りです。

- ① 提出年月日を記入してください。委任状を使用される方は、委任状と同じ日にしてください。
- ② 妊婦健康診査を受けた妊婦本人の氏名を記入してください。
- ③ 姓と名はスペースで空けてください。濁点(゜)・半濁音(゜)は一字としてみます。

【その他注意事項】

- ・受診票検査項目に対応しない分は含みません。詳しくは下記【対象外】をご確認ください。
- ・自己負担額の合計は審査により金額が変更する場合があります。
- ・旧姓の口座を指定した場合は、振込確認後に名義変更してください。

対象外

- ・妊娠判定時検査分
- ・母子健康手帳交付以前に受診した健診分
- ・海外で受診した健診分
- ・医療保険適用診療分
- ・健診に伴わない自費での超音波検査分・子宮頸がん検診分
- ・都内の委託医療機関で、受診票があるのに受診票を使用せず受診した健診分
- ・教材費・文書料・予防接種費用等の受診票検査項目に対応しない分

助成限度額（B）について

妊婦健康診査受診日	助成限度額
令和8年4月1日以降	5,460円
令和7年4月1日以降	5,280円
令和6年4月1日～令和7年3月31日まで	5,140円
令和5年4月1日～令和6年3月31日まで	5,090円

【添付資料について】

口座名義人のカナ、支店番号、支店名、口座番号が記載されているページをコピーしてください。
通帳がない場合は、口座名義人カナ、銀行名、支店名、口座番号がわかるカードをコピーしてください、。