記入例

産婦健康診査及び1か月児健康診査受診費助成金交付申請書

江東区長　殿

私は、産婦健康診査受診費助成金及び1か月児健康診査受診費助成金の交付を申請します。

申請日		記入不要です	日
フリガナ		生年月日	年　月　日
申請者氏名 （産婦ご本人）			
住　所 （現住所をご記入ください）	〒 申請日時点の住民票上の住所をご記入ください。	江東区民となった日	記入不要です　日
		江東区を転出した日	記入不要です　日
電話番号 （昼間の連絡先）		出産した日	年　月　日

私が受領する産婦健康診査受診費助成金及び1か月児健康診査受診費助成金については、下記の指定口座へ振込みを依頼します。

金融機関名																				
金融機関コード					支店コード					口座番号										
フリガナ																			申請者との関係	
口座名義人※																				

※口座名義人が申請者以外又は旧姓である場合は下欄の委任状にも記入・押印が必要です。

委任状

私は、産婦健康診査受診費助成金及び1か月児健康診査受診費助成金の交付を申請します。

年　月　日

申請者（産婦）氏名

回収した受診券	受診日	申請額	決定額	
産婦健診　1回目		記入不要です		円
2回目				円
産婦健診合計				円
1か月児健診				円

相談所確認欄
住基確認

保健所確認欄
住基確認
納税確認
内容確認

受付印

記入例

産婦健康診査受診費助成金請求書

押印をお願いいたします。
（スタンプ印不可）

印

江東区長　殿

請　求　金　額		記入不要です		円	※請求金額訂正不可

請求金額が10万円未満の場合、金額の頭に￥マークを記入してください。

私は、産婦健康診査受診費助成金の交付を申請します。

		申請日	記入不要です
フリガナ		生年月日	年　月　日
申請者氏名 （産婦ご本人）	印		
住　所 （現住所をご記入ください）	〒 申請日時点の住民票上の住所をご記入ください。	江東区民となった日	記入不要です
		江東区を転出した日	記入不要です
電話番号 （昼間の連絡先）		出産した日	年　月　日

私が受領する産婦健康診査受診費助成金については、下記の指定口座へ振込みを依頼します。

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	口座番号
フリガナ			申請者との関係
口座名義人※			

※口座名義人が申請者以外又は旧姓である場合は下欄の委任状にも記入・押印が必要です。

委任状

私は、産婦健康診査受診費助成金の交付を申請します。

年　月　日

申請者（産婦）氏名　印

相談所確認欄
住基確認

保健所確認欄
住基確認
納税確認
内容確認

受付印

記入例

1か月児健康診査受診費助成金請求書

押印をお願いします。
（スタンプ印不可）

江東区長　殿

請　求　金　額	記入不要です	円	※請求金額訂正不可

請求金額が10万円未満の場合、金額の頭に￥マークを記入してください。

私は、1か月児健康診査受診費助成金の交付を申請します。

		申請日	記入不要です　日
フリガナ		生年月日	年　月　日
申請者氏名 （産婦ご本人）	印		
住　所 （現住所をご記入ください）	〒 申請日時点の住民票上の住所をご記入ください。	江東区民となった日	記入不要です　日
		江東区を転出した日	記入不要です　日
電話番号 （昼間の連絡先）		出産した日	年　月　日

私が受領する1か月児健康診査受診費助成金については、下記の指定口座へ振込みを依頼します。

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	口座番号
フリガナ			申請者との関係
口座名義人※			

※口座名義人が申請者以外又は旧姓である場合は下欄の委任状にも記入・押印が必要です。

委任状

私は、1か月児健康診査受診費助成金の交付を申請します。

年　月　日

申請者（産婦）氏名　印

相談所確認欄
住基確認

保健所確認欄
住基確認
納税確認
内容確認

受付印

産婦健康診査及び1か月児健康診査受診費助成金交付申請書

江東区長　殿

私は、産婦健康診査受診費助成金及び新生児聴覚検査受診費助成金の交付を申請します。

		申請日	年　月　日
フリガナ		生年月日	年　月　日
申請者氏名 （産婦ご本人）			
住　所 （現住所をご記入ください）	〒	江東区民となった日	年　月　日
		江東区を転出した日	年　月　日
電話番号 （昼間の連絡先）		出産した日	年　月　日

私が受領する産婦健康診査受診費助成金及び1か月児健康診査受診費助成金については、下記の指定口座へ振込みを依頼します。

金融機関名																		
金融機関コード					支店コード				口座番号									
フリガナ																	申請者との関係	
口座名義人※																		

※口座名義人が申請者以外又は旧姓である場合は下欄の委任状にも記入・押印が必要です。

委任状

私は、産婦健康診査受診費助成金及び1か月児健康診査受診費助成金の交付を申請します。

年　月　日

申請者（産婦）氏名

回収した受診券	受診日	申請額	決定額
産婦健診　1回目	年　月　日	円	円
2回目	年　月　日	円	円
産婦健診合計		円	円

1か月児健診	年　月　日	円	円

相談所確認欄

住基確認

保健所確認欄

住基確認
納税確認
内容確認

受付印

産婦健康診査受診費助成金請求書

江東区長　殿

請　求　金　額							円

※請求金額訂正不可

㊞

請求金額が10万円未満の場合、金額の頭に￥マークを記入してください。

私は、産婦健康診査受診費助成金の交付を申請します。

申請日	年　月　日		
フリガナ		生年月日	年　月　日
申請者氏名 （産婦ご本人）	㊞		
住　所 （現住所をご記入ください）	〒	江東区民となった日	年　月　日
		江東区を転出した日	年　月　日
電話番号 （昼間の連絡先）		出産した日	年　月　日

私が受領する産婦健康診査受診費助成金については、下記の指定口座へ振込みを依頼します。

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	口座番号
フリガナ			申請者との関係
口座名義人※			

※口座名義人が申請者以外又は旧姓である場合は下欄の委任状にも記入・押印が必要です。

委任状

私は、産婦健康診査受診費助成金の交付を申請します。

年　月　日

申請者（産婦）氏名　　㊞

相談所
確認欄

住基確認

保健所
確認欄

住基確認
納税確認
内容確認

受付印

1か月児健康診査受診費助成金請求書

江東区長　殿

請　求　金　額							円

※請求金額訂正不可

印

請求金額が10万円未満の場合、金額の頭に￥マークを記入してください。

私は、1か月児健康診査受診費助成金の交付を申請します。

申請日	年　月　日

フリガナ		生年月日	年　月　日
申請者氏名 （産婦ご本人）	印		
住　所 （現住所をご記入ください）	〒	江東区民と なった日	年　月　日
		江東区を 転出した日	年　月　日
電話番号 （昼間の連絡先）		出産した日	年　月　日

私が受領する1か月児健康診査受診費助成金については、下記の指定口座へ振込みを依頼します。

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		口座番号	
フリガナ				申請者との関係	
口座名義人※					

※口座名義人が申請者以外又は旧姓である場合は下欄の委任状にも記入・押印が必要です。

委任状

私は、1か月児健康診査受診費助成金の交付を申請します。

年　月　日

申請者（産婦）氏名　　　　印

相談所
確認欄

住基確認

保健所
確認欄

住基確認
納税確認
内容確認

受付印