

様式第2号（第11条関係）

年 月 日

甲斐市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

甲斐市産婦健康診査費助成金支給申請書

甲斐市産婦健康診査費助成事業実施要綱第11条第1項の規定により、次のとおり助成金の支給を申請します。

母子健康手帳交付番号				
分 娩 日	年 月 日			
受 診 医 療 機 関 名				
産婦健診の受診日等	受診回数	受診年月日	自己負担額	助成金
	産後2週間	年 月 日	円	円
	産後1か月	年 月 日	円	円
健 康 診 査 内 容 (受診した項目に○を付けてください。なお、右欄の項目すべてを受診した場合のみ助成対象となります。)	1 問診（生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴等） 2 診察（悪露、乳房の状態、子宮復古状況等） 3 体重・血圧測定 4 尿検査（蛋白・糖） 5 エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)			
助成金支給申請額	円（受診 回分）			
振込先	金融機関名		本支店名	
	種 別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

※太枠内は、この用紙を受付窓口へ提出する際、職員に確認の上、記入してください。

- (添付書類) 1 母子健康手帳の写し
2 産婦健康診査受診票
3 受診した医療機関が発行した領収書の写し