

様式第2号（第11条関係）

年 月 日

甲斐市長 様

申請者 住 所 甲斐市篠原△□ **産婦本人の名前**
 氏 名 **甲斐 花子**
 電話番号 〇〇〇—□△〇〇

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	母子健康手帳の表紙に記載してある番号			
分 娩 日	〇年 〇月 〇日			
受診医療機関名	〇〇〇病院			
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	〇年 △月 □日	円	円
	産後1か月	〇年 △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	〇〇〇〇	本支店名	〇〇〇〇
	種 別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇
	(フリガナ) 口座名義人	カイ ハナコ 甲斐 花子		

**こちらで記入します
空欄をお願いします**

名義は申請者と同じ

※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