

様式第2号（第11条関係）

市役所窓口へ提出した日にち

年 月 日

甲斐市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

甲斐市産婦健康診査費助成金支給

産婦さんご本人でお願いします。
印鑑は必須です。

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			
産婦健康診査	受診年月日	自己負担額	助成金
	年 月 日	円	円
	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、 <small>（本用紙内務）</small> 2 診察（悪露、乳房の状態） 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）（結果 点）	産婦健康診査の領収書の合計金額。不明な場合は確認させていただきますので、空欄のままお持ちください。	
助成金支給申請額	円（受診 回分）		
振込先	金融機関名	金額の訂正がある場合は受付ができません。金額が不明な場合は空欄のままお持ちください。金額の訂正が必要になった場合は、申請書の書き直しが必要になります。	
	種 別		
	(フリガナ) 口座名義人		

検査内容の5項目は必須項目になります。未実施の項目がある場合は助成対象外となります。

産婦健康診査の領収書の合計金額。不明な場合は確認させていただきますので、空欄のままお持ちください。

金額の訂正がある場合は受付ができません。金額が不明な場合は空欄のままお持ちください。金額の訂正が必要になった場合は、申請書の書き直しが必要になります。

※太枠内は、この用紙を受付窓口へ提出する際に添付する書類です。

- (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

産婦さんご本人でお願いします。
産婦さん以外の場合は委任状が必要になります。