



総社市長 様

年 月 日

次のとおり産婦健康診査に係る費用について、助産所(院)で受診したため、関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (口座名 義人) ※1)	氏名	印	住所	〒		
	・受診者との続柄:本人・( )			電話 ( )	-	
受診者 (産婦) ※2)	氏名	住所		〒		
	・申請者に同じ (生年月日 年 月 日)			電話 ( )	-	
内 訳 ※3)	健 診 種 別		1回あたり上限額	支払額	総社市決定欄	
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査 (1回目)		5,000円	円	円	
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査 (2回目)		5,000円	円	円	
申 請 金 額				金 _____ 円	助成決定金額 円	

添付書類

- (1) 診査費用「領収書」(原本)と明細書
- (2) 産婦健康診査依頼票(※エジンバラ産後うつ病質問票の記載・健診の結果の記載があること)
- (3) 親子(母子)健康手帳の「表紙」と「出産後の母体の経過」のページの写し
- (4) 認印(朱肉の付く印鑑)・振込口座が確認できるもの(通帳等)

- ※1) ※2) 産婦本人が申請者である場合は、受診者氏名欄、住所欄の「・申請者 に同じ」に○をし、受診者氏名・住所の記入を省略してよい。
- ※3) 助産所(院)で受診し、今回請求する健診にのみチェックし、記入すること。
- ※4) 申請者が、太枠の中を記入してください。
- ※5) 受診日から3年を経過したものについては請求できません。
- ※6) 可能な限り、2回目の健診が終了した後にまとめて申請してください。

受理年月日

決定年月日	決 定	受付職員氏名
年 月 日	承 認 ・ 不承認	

口座 番号	金融機関の名称	( ) 銀行・信用金庫・農協 ( ) 本店・支店・支所				
	口座種別と	普通	預金	口座番号		
	口座番号	当座				
	フリガナ					
	名 義 人					