

様式第3号（第5条関係）

産婦健康診査助成金償還払い申請書兼請求書

年 月 日

丹波篠山市長 様

下記のとおり、篠山市妊婦・産婦健康診査及びひまわり産婦健康診査の
 規定により、関係書類を添えて助成金を申請します。なにか特別な場合には、市が医療機
 関等に対し健診内容等を照会することに同意します。

太枠部分にご記入をお願いします

押印お願いします。

医療機関に支払った額をご記入ください

産 婦	ふりがな 氏名	印	生年 月日	年 月 日
	住所	丹波篠山市		
	電話番号	医療機関に支払った額をご記入ください		
受診日	年 月 日	申請額	円	
診査項目	<input type="checkbox"/> 問診 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 体重・血圧測定 <input type="checkbox"/> 尿検査（蛋白・糖） <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）			
受診医療機関等				
振込先		本・支店名		種別
銀行・農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		普通 当座
口座番号				口座名義人
				ふりがな
委任欄	※この欄は、産婦本人以外の口座振込の場合のみ記入 上記助成金の受領に関することを下記の者に委任します。 産婦氏名： _____ 印			
受任者	住所： _____			
	氏名： _____			(産婦との続柄： _____)

※産婦健康診査に要した費用（保険診療適用外）に関する領収書と助成券、母子健康手帳の写しを添付してください。添付の助成券を上限に償還払いをします。

※市記入欄			
支給決定年月日	年	月	日
助成対象	国 ・ 市	支給確定額 (上限5,000円)	円