

大鰐町産婦健康診査費用助成金交付申請書

年 月 日

大 鰐 町 長 殿

(申請者)

住 所 大鰐町大字

氏 名

電 話

次のとおり、大鰐町産婦健康診査費用の助成を申請します。なお、必要な場合は、医療機関等に健診結果等を確認することに同意します。

記

産婦健康診査受診者

ふりがな			
産婦氏名			
生年月日	年 月 日	健診日	年 月 日
健診費用総額	円	健診回数	1回目 ・ 2回目

振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※口座名義人は申請者と同一に限ります。

以下は記入しないでください。

助成金額	円
受診状況	<input type="checkbox"/> 健診項目5項目すべて実施 <input type="checkbox"/> 健診項目4項目実施 メンタルヘルスチェックのみ未実施（下記の理由により） 精神科・心療内科に通院中、日本語理解不可、受診時に精神科を紹介

【添付書類】

- 産婦健康診査費領収書（受診年月日、受診に係る費用、保険点数、受療日及び医療機関等の名称が記載されているもの）
- 産婦健康診査受診票（※必ずEPDSの結果の記載があるもの）
- 母子健康手帳の写し（健診日がわかるもの）
- 振込先の金融機関、支店、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）がわかる通帳等の写し