

産婦健康診査費用助成金申請書及び請求書

年 月 日

鏡野町長 殿

下記のとおり、健康診査料金の給付を申請及び請求します。

記

申請者記入欄	申請者(口座名義人)	(*) (*)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		生年月日	年 月 日
	申請者住所	鏡野町 電話番号( ) —			
	受診者氏名		生年月日	年 月 日	
	母子健康手帳交付日	年 月 日	出産日	年 月 日	
	受診医療機関等				
	産婦健診の受診回数及び受診日等	回数	受診日	自己負担額	申請金額
		1回目	年 月 日	円	円
2回目		年 月 日	円	円	
健診内容 (検査を実施した項目をチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 健康状態・育児環境の把握 <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)等の精神状況に応じた質問票				

・口座名義人は申請者と同一人物であること

振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 店・支店・出張所			
	口座種別	普通・当座	口座番号	∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴	
	口座名義人	フリガナ 氏 名	-----		

町記入欄	受付年月日	受付者	助成金決定額  円
		審査結果	
		承認 ・ 不承認	