

## 大崎市産婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)大崎市 長  
(健康推進課扱い)申請者 氏名  
電話  
産婦との続柄

私は、大崎市産婦健康診査実施要綱第9条の規定により、助成金の交付を申請します。  
大崎市産婦健康診査助成金交付の決定のため、私の世帯の住民登録資料について、調査、照会、閲覧することを承諾します。

|                       |                    |              |                 |         |                 |
|-----------------------|--------------------|--------------|-----------------|---------|-----------------|
| 産婦                    | 郵便番号               | —            | 電話番号            | —       |                 |
|                       | 現住所                |              |                 |         |                 |
|                       | フリガナ               |              |                 |         |                 |
|                       | 氏名                 | 旧姓 ( )       |                 |         |                 |
|                       | 出産日                | 年 月 日        | 母子健康手帳番号        |         |                 |
| 里帰り先産婦健康診査<br>実施医療機関名 |                    |              |                 |         |                 |
| 医療機関所在地               |                    | 電話           |                 |         |                 |
| 受診票                   | 助成対象となる<br>健診受診年月日 | 受診時<br>出産後週数 | 産婦健診<br>自己負担額 A | 助成限度額 B | 申請額<br>AとBの少ない額 |
| 1回目<br>(産後2週間頃)       | 年 月 日              | 週            | 円               | 5,000円  | 円               |
| 2回目<br>(産後1か月頃)       | 年 月 日              | 週            | 円               | 5,000円  | 円               |
| 助成金申請合計額              |                    |              |                 |         | 円               |

\*助成金の上限額は助成券に記載されている金額となります。支払った金額とは異なりますのでご注意ください。

## 添付書類または確認事項

- 医療機関が記入した大崎市産婦健康診査受診票（助成券）
- 医療機関が発行した領収書及び明細書の写し
- 振込口座がわかる書類（通帳の写し等）
- 母子健康手帳