

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助成金交付要綱第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 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 健診受診年月日	受診時 出産後週数	産婦健診 自己負担額 A	助成限度額 B	申請額 AとBの少ない額
1回目 (産後2週間頃)	年 月 日	週	円	5,000円	円
2回目 (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