

様式第5号（第10条関係）

大槌町産婦健康診査費用助成事業助成金請求書

年 月 日

大槌町長 あて

申請者 干
住所
氏名
電話番号

印

関係書類を添えて、下記のとおり産婦健診助成金の交付を請求します。
記

（枠内を本人が記入すること。）

交付請求額	円				※太枠部分は記入しないでください。
受診者	(フリガナ) 氏名				
	生年月日	年	月	日	
受診した 医療機関等	名称				
	所在地				
	電話番号				
健診区分	受診年月日	健診料金 (ア)	※助成限度額 (イ)	※支給決定額 (ア)と(イ)の うち少ない方	
1回目（出産後 5日～21日）	年 月 日	円	円	円	
2回目（出産後 22日～56日）	年 月 日	円	円	円	

上記の申請を可とする旨の決定をした場合にあつては、下記の口座に給付金を振り込んでください。

		銀行・信金 信組・農協	支店コード	本店 支店
1. 普通 2. 当座	口座番号	フリガナ		
		口座名義人		

※添付書類

- (1) 医療機関等が発行した産婦健診に係る領収書
- (2) 大槌町産婦健康診査費用助成事業受診票兼助成券（様式第1号）
- (3) エジンバラ産後うつ病質問票（様式第2号）
- (4) 母子健康手帳の写し
- (5) 産婦健診の結果が確認できるもの
- (6) 振込口座が確認できる書類
- (7) その他町長が必要と認めるもの