

様式第4号（第11条関係）

年 月 日

小川町産婦健康診査費用助成金支給申請書

小川町長

宛て

住所

申請者 氏名

電話番号

産婦健康診査費用助成金の支給を受けたいので、証明書類等を添えて次のとおり申請します。なお、助成金支払事務に当たり、確認等が必要な場合には、町が受診医療機関等（助産所を含む。）に受診状況の確認等を行うことに同意します。

産婦氏名	フリガナ			
	氏名	生年月日	年	月 日生
	受診日における住所			
出産日	年 月 日			
検査年月日	年 月 日			
申請理由	1 委託外医療機関・助産院で検査を受けたため 2 検査費用が助成券記載金額未満であったため 3 その他（ ）			
検査内容 実施した検査に☑をいれてください。 <input type="checkbox"/> 基本的な産婦健診（問診・一般診察・体重・血圧・尿検査等） <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票：EPDS *必須 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんへの気持ち質問票 <input type="checkbox"/> 育児支援チェックリスト				
医療機関名		所在地		
		電話番号		
検査費用	円			
助成金申請額	円			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店	
	預金種別 口座番号	普通・当座	No.	
	フリガナ			
	口座名義人			

※町記入欄

受付年月日	確認事項			
	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 検査結果	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳