別記様式（第7条関係）

**阿波市産婦健康診査費用助成申請書兼請求書**

阿波市長　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

阿波市産婦健康診査事業実施要綱第7条の規定により次のとおり助成金を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（受診者本人） | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 産婦氏名 |   |
| 住所 | 阿波市 |
| 電話番号 |  |
| 母子健康手帳番号 |  | 出産日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 受診した　医療機関名住所・電話番号 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 受診票の種類 | 産後の　週数 | 健診受診年月日 | 自己負担額　（円）A | 助成上限額　（円）B | 申請額（円）AとBのうち少ない方  |
| 第１回目 |  | 年　　月　　日 | ※ | 5,000 | ※ |
| 第２回目 |  | 年　　月　　日 | ※ | 5,000 | ※ |
| 合　　計 | ※ |  | ※ |

※の箇所は記載しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農協・金庫 | 支店・本店・出張所 |
| 預金の種類 | 普通・当座 | フリガナ |  |
| 口座番号 |  | 口座　　　名義人 |  |

※申請・請求者と振込口座の名義人は同一としてください。

　ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き一番下に記載されている店名・店番・預金種目・口座番号をお書きください。

【代理人に委任を行う場合】※口座名義人が申請・請求者（産婦）でない場合のみ記入

|  |
| --- |
| 私は、次の者を代理人と定め、産婦健康診査費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（口座名義人）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日申請者との続柄（　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　電話番号委任者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　（産婦）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日 |

（注意事項）

・申請期限は、最終受診日から6か月以内です。※申請時、母子手帳を御持参ください。

（添付書類）

□産婦健康診査費用の明記のある領収書・診療明細書の原本

□産婦健康診査結果票　1回目・2回目分

**※エジンバラ産後うつ病質問票の書類が必要となります。**

□振込先金融機関名、支店名、口座番号及び口座名義の分かるものの写し

□未使用の阿波市産婦健康診査受診票