

様式(第7条関係)

豊岡市産婦健康診査費助成金請求書

豊岡市長 様

受付印

受診報告書を添えて産婦健康診査費助成金を請求します。
交付決定された助成金については、下記の口座に振込みを依頼します。
なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。
また、請求内容審査のため、豊岡市が医療機関等へ受診内容の照会をすることを承諾します。

年 月 日

母子健康手帳番号		出産日		年 月 日	
請求者 (産婦)	受診時の 住所	〒 豊岡市 電 話 : () 生 年 月 日			
	氏名			昭和 平成	年 月 日
	現住所(上記 住所と異なる 場合記入)	〒 電 話 : ()			
請求額		円 (上限5,000円)			
振り込み金融機関		銀行・信用金庫 農協・信用組合		本 店・支 店・出張所 店番号()	
種別	1.普通 2.当座	口座 番号		フリガナ	
				口座名義人	

- 注意 この請求書には、以下の書類を添付してください。
- (1) 未使用の受診券
 - (2) 産婦健康診査費用の領収書と明細書の写し
 - (3) 母子健康手帳の表紙と産婦健診記録ページの写し

※これより下は、受診医療機関等に記載を依頼してください。

【医療機関等記載欄】 受 診 報 告 書

豊岡市長 様

医療機関名

上記産婦の産婦健康診査を実施したので報告します。

受診年月日	年 月 日 <産後1か月>
健診内容	実施した内容に☑してください。 <input type="checkbox"/> 問診 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 血圧測定 <input type="checkbox"/> 尿検査(たんぱく・糖) <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他必要な検査 ()
健診結果	<input type="checkbox"/> 支援の必要なし
※要支援の場合 は速やかに連絡し てください	<input type="checkbox"/> 要支援 → <input type="checkbox"/> 連絡済
	<input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票の結果、合計点数が9点以上
	<input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票の結果、項目10が1点以上
	<input type="checkbox"/> その他 ()