

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

産婦健診 受診医療機関		出産日	年 月 日
産婦	健診受診 時の住所	〒 豊岡市	電話： ()
	氏名		生年月日 昭和 平成 年 月 日
	現住所(上記 住所と異なる 場合記入)	〒	電話： ()
請求者	<input type="checkbox"/> 産婦と同じ	請求金額	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。

- 未使用の受診券
- 産婦健康診査費用の領収書・明細書の写し
- 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 日)
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"/> その他必要な検査()
健診結果	<input type="checkbox"/> 支援の必要なし <input type="checkbox"/> 要支援 → <input type="checkbox"/> 連絡済 ※要支援の場合 は速やかに連絡し てください <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()

【豊岡市記載欄】

健診受診日	年 月 日	認 定 ・ 却 下 ()
発行番号		助成決定額 円