豊岡市産婦健康診査費助成金請求書

豊岡市長　様

受付印

必要書類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。

<table>
<tr><td colspan="3"></td><td>請求日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">母子健康手帳番号</td><td></td><td>出産日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">請求者(産婦)</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>受診時の住所</td><td colspan="3">〒
豊岡市</td></tr>
<tr><td>現住所
(上記と異なる場合のみ)</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">電話番号</td><td colspan="3">(日中連絡のつく電話番号)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">請求内容</td><td colspan="2">＜産後２週間＞
請求額　　円(上限5,000円)
受診日　　年　月　日</td><td colspan="2">＜産後１か月＞
請求額　　円(上限5,000円)
受診日　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">※エジンバラ産後うつ病質問票を用いた問診及び保健指導の実施が無い場合は、上限2,500円/回</td></tr>
<tr><td colspan="2">合計請求金額</td><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">金融機関名</td><td>銀行・信用組合
信用金庫・農協</td><td>支店名</td><td colspan="2">本店・出張所
支店</td></tr>
<tr><td colspan="2">口座番号</td><td></td><td>種　別</td><td colspan="2">普通　・　当座</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">口座名義人</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

注意　この請求書には、以下の書類を添付してください。
⑴　未使用の受診券（医療機関による受診報告書の記載のあるもの）
⑵　産婦健康診査費用の領収書と明細書の写し
⑶　母子健康手帳の表紙と産婦健診記録ページの写し