

## 産婦健康診査助成金申請書兼請求書

受付印

三田市長 あて

申請者氏名

(続柄: )

下記のとおり、産婦健康診査費の助成を申請します。  
交付決定された助成金については下記の口座に振り込んでください。  
また、産婦健康診査費助成申請書内容審査のため、三田市が医療機関へ受診内容の照会をすることを承諾します。

申請年月日	年 月 日	出産日	年 月 日
産婦	健診受診時の住所	〒 三田市	電話: ( ) 携帯: ( )
	氏名	<フリガナ>	生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日
	現住所(上記住所と異なる場合記入)	〒	電話: ( )
申請(請求)金額	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( ) ※ゆうちょ銀行の場合、「記号番号」でも結構です↑	
種別	1.普通 2.当座	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
	※口座名義人欄に、産婦氏名以外並びに旧姓を記入する場合は下欄に記入が必要です。 私は、上記口座名義人に産健康診査助成金の受取を委任いたします。 年 月 日 産婦氏名		

## ★この申請書には、以下の書類を添付してください。

- 未使用の助成券(助成券の交付を受けていない方は必要ありません)  
エジンバラ産後うつ病質問票も記載して添付してください。
- 産婦健康診査にかかる領収書の原本
- 母子健康手帳の表紙と産婦健康診査受診記録のページのコピー

○産婦健康診査日の翌日から起算して1年以内に申請してください。

○交付決定日を請求日とみなします。

## ❖下記の表内もご記入ください。

※産後8週6日(62日まで)以降に受診した産婦健診は「対象外」。

※追加助成券(2回目)の対象者の定義:申請時かつ産婦健診受診日に三田市に住民登録があり、令和6年4月1日以降に初回の産婦健診を受ける方

助成券初回交付時期	初回【1回目】の健診時期 (予定含む)	利用できる助成の回数の上限	該当に ○印
R5以前	~R6.3.31	1回(R5年度交付の助成券あり)	Ⓐ
	R6.4.1以降	2回(2回目追加分の申請必要)	Ⓑ
R6以降	R6.4.1以降	2回(R6年度交付の助成券あり)	Ⓒ

利用できる助成回数の上限	<input type="checkbox"/> 1回(上記表のⒶ該当)	<input type="checkbox"/> 2回(上記表のⒷⒸ該当)
産婦健診状況	1回目(R 年 月 日受診分) 助成対象金額 円	1回目(R 年 月 日受診分) 助成対象金額 円 2回目(R 年 月 日受診分) 助成対象金額 円
【産婦健診助成券使用歴】	<input type="checkbox"/> 有⇒償還払い対象外 <input type="checkbox"/> 無⇒償還払い対象	<input type="checkbox"/> 有1回⇒1回償還払い対象 <input type="checkbox"/> 無⇒償還払い対象