

## 中山町産婦健康診査費用助成申請書

中山町長 様

申請者（請求者）

住所 中山町

氏名

産婦健診を受けた方との続柄

電話番号

産婦健康診査の償還払いを申請したいので、中山町産婦健康診査費用助成事業実施要綱第9条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、この申請に必要な産婦健康診査の内容を中山町が関係機関に確認することに同意します。

産婦健康診査を受けた方の氏名	ふりがな 氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所	※申請者と同じ場合は省略可		
産婦健康診査の実施医療機関名				
産婦健康診査の実施状況 <small>※産後2週間頃の健診は産後4週6日まで、産後1か月頃の健診は産後8週6日まで可</small>	実施時期	受診年月日	自己負担額 (保険適応外)	
	<input type="checkbox"/> 産後2週間頃	年 月 日	円	
	<input type="checkbox"/> 産後1か月頃	年 月 日	円	
申請額 <small>※助成上限額：健診1回につき5,000円</small>	円			
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書・診療明細書 <input type="checkbox"/> 未使用の産婦健康診査受診票 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳「出産後の母体の経過」の写し			

- ・支給決定後、申請者名義の口座に振り込みいたします。