

宮古島市県外医療機関等産婦健康診査費用助成金交付申請書

宮古島市長 様

申請日 年 月 日

|                               |               |          |          |       |
|-------------------------------|---------------|----------|----------|-------|
| 受診者<br>及び<br>申請者<br>(本人申請の場合) | フリガナ<br>産婦氏名  |          | 生年<br>月日 | 年 月 日 |
|                               | 住 所           |          |          |       |
|                               | 電話番号          |          |          |       |
|                               | 出 産 日         | 令和 年 月 日 |          |       |
|                               | 母子(親子)手帳番号    |          |          |       |
| *受診者以外<br>が申請する場<br>合記入       | フリガナ<br>申請者氏名 |          |          |       |
|                               | 住 所           |          |          |       |
|                               | 電話番号          |          |          |       |
| 医療機関等                         | 医療機関名         |          |          |       |
|                               | 所在地           | 都道府県     | 市町村      |       |

| 受診月日 | 受診時の<br>産後週数 | 受診票の種類 | 支払った額(円)<br>A | 助成限度額(円)<br>B | 申請額(円)<br>AとBのうち少ない額 |
|------|--------------|--------|---------------|---------------|----------------------|
| ・ ・  |              | 1回目    |               | 5,000         |                      |
| ・ ・  |              | 2回目    |               | 5,000         |                      |
| 合 計  |              |        |               |               |                      |

|             |       |         |      |       |
|-------------|-------|---------|------|-------|
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名 |         |      | 本店・支店 |
|             | 預金の種類 | 普通 ・ 当座 | フリガナ |       |
|             | 口座番号  |         | 口座名義 |       |

※最後に健診を受診した日から1年以内に、受診した医療機関の領収書・産婦健康診査受診票(医師の記入のあるもの)・エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)・赤ちゃんへの気持ち質問票・子育て支援チェックリストを添えて、家庭保健課の窓口へ提出してください。期限が過ぎた場合や書類に不備がある場合は、助成金の交付ができない場合があります。

※助成金交付の対象者は、受診日当日に宮古島市に住民登録がある方です。

※産婦健康診査受診票の項目以外の検査等に係る費用は、助成の対象となりません。

※振込先は、受診した本人名義の口座で申請してください。