様式第１号（第５条関係）

嵐山町産婦健康診査助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　嵐山町長　佐久間　孝光　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

嵐山町産婦健康診査助成金交付要綱第５条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、当該申請の審査にあたり、町が保有する個人情報を利用し、又は医療機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 氏　　名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | |
| 出 産 日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | |
| 受診医療機関 | 住　　所 |  | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | |
| 医療機関名 | 印 | | | | | | | | |
| 健　　診　　日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | |
| 健　診　項　目 | 基本的な健診 | | * 問診 | | | | | * 体重及び血圧測定 | | |
| * 一般診察 | | | | | * 尿検査（蛋白及び糖） | | |
| こころの  健康チェック  **（※）** | | 使用した質問票   * 育児支援チェックリスト * エジンバラ産後うつ病質問票：EPDS（　　　点）\*必須 * 赤ちゃんへの気持ち質問票（　　　点） * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 健　診　費　用 | 円 | | | | 助 成 申 請 額  （上限5,000円） | | | | 円 | |
| 振　　込　　先 | 金融機関名 |  | | | | | 支店名 | | |  |
| 預金種別 | 普通  当座 | | ふりがな | |  | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | |
| 口座番号 |  | | | | | | | | |

（太枠部分は医療機関記入欄）

**※産婦健康診査の費用助成には「こころの健康チェック」の実施が必須です。**

【添付書類】

①産婦健康診査に係る領収書の写し

　②母子健康手帳の写し