

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・健診項目	年 月 日		年 月 日	
基本的な健診	<input type="checkbox"/> 問診	<input type="checkbox"/> 体重及び血圧測定	<input type="checkbox"/> 問診	<input type="checkbox"/> 体重及び血圧測定
	<input type="checkbox"/> 一般診察	<input type="checkbox"/> 尿検査（蛋白及び糖）	<input type="checkbox"/> 一般診察	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 育児支援チェックリスト <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票：EPDS ()点)*必須 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんへの気持ち質問票 ()点 <input type="checkbox"/> その他 ()		使用した質問票 <input type="checkbox"/> 育児支援チェックリスト <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票：EPDS ()点)*必須 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんへの気持ち質問票 ()点 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	健 診 費 用	円		助成申請額 (上限5,000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