

様式第1号（第4条関係）

春日部市産婦健康診査助成金交付申請書

年 月 日

春日部市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

春日部市産婦健康診査助成金交付要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請内容を確認するため、市が保有する公簿等を閲覧すること及び受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

出 産 年 月 日		年 月 日	
フリガナ 産婦氏名		生年月日	年 月 日
受診日における住所	春日部市 ※ <u>現住所と異なる場合は</u> ご記入ください		
受診年月日	年 月 日		
受診医療 機 関 等	(名称)		
	(所在地) 〒 都道 府県 TEL :		
申請金額	円 (上限5,000円まで)		

※申請書には次の書類を添付してください。

- (1) 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。）
- (2) 産婦健康診査の受診に際し負担した費用の額を確認することのできる書類
(受診者の氏名、医療機関等の名称及び受診日が明記された領収書と明細書のコピー)
- (3) 母子健康手帳の「表紙」と「出産後の母体の経過」等の健診結果が記載されているページのコピー（氏名の記載をお願いします。）
- (4) こころの健康チェック3つの質問票（エジンバラ病後うつ病質問票（EPDS）のみも可）
(注) こころの健康チェック質問票の提出が無い場合、助成の対象となりません。