

様式第1号（第6条関係）

本庄市産婦健康診査助成金交付申請書

（あて先）本庄市長

年 月 日

住所
申請者 氏名
電話番号

本庄市産婦健康診査助成金の交付について、下記のとおり申請します。なお、この申請に基づき助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合は受診した医療機関等又は住民基本台帳に市が照会することに同意します。

フリガナ		電話番号
産婦氏名		()
生年月日	年 月 日	
住所	〒	
受診日	年 月 日	
受診医療機関		
支払額	円	
申請額	円 ※上限5,000円	

（注意事項）

- 申請には次の書類を添付してください。
 - 産婦健康診査の受診日及び結果が記載されている母子健康手帳の写し又は結果を確認することができる書類（育児支援チェックリスト・EPDS・赤ちゃんへの気持ち質問票については、点数が確認できる書類）
 - 本庄市から交付された産婦健康診査助成券
 - 健診を実施した医療機関等が発行した診療報酬明細入りの領収証の写しその他支払額が分かるもの
- 申請ができるのは、健診の日から起算して1年以内です。