

（宛先）山形市長

申請者 住所 山形市 _____
 フリガナ _____
 氏名 _____
 電話番号 () _____

山形市里帰り等産婦健康診査費助成金交付申請書兼請求書

山形市里帰り等産婦健康診査費助成金の交付を受けたいので、山形市産婦健康診査事業実施要綱第9条の規定により添付書類を添えて次のとおり申請します。

助成金の交付に当たり必要な範囲で申請内容の調査・確認を行うことに同意します。なお、当該助成金の交付の決定に当たり、住民基本台帳について調査することに同意します。

※注意書をお読みの上、太枠の中を御記入ください。

受診者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	出産日	年 月 日	母子健康手帳交付年月日 母子健康手帳No.	年 月 日 No.

※助成金の交付の対象となる産婦健康診査は、委託医療機関以外の医療機関において山形市の産婦健康診査票(兼)受診票(兼)業務完了報告書を使用せず受診した産婦健康診査です。

里帰り先産婦健康診査 実施医療機関名	所在地	電話番号

	健診受診年月日	自己負担額	上限額	助成金申請額
産後2週間	年 月 日	円	5,000円	円
産後1か月	年 月 日	円	5,000円	円
助成金申請合計額				円

助成金振込先				
金融機関名		預金種目	口座名義	口座番号
銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	1.普通 2.当座 3.その他	フリガナ	

市記載欄

起案年月日		收受印
決定年月日		
通知年月日		
決定金額		
受給者番号		

- 注) 1 委託医療機関以外で自己負担により産婦健康診査を受けた場合に、健康診査費用に係る助成金の交付申請及び請求ができます。
- 2 助成金の上限額は、一回当たり5,000円です。支払った金額とは異なることがありますので、御注意ください。
- 3 助成金の振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座を御記入ください。
- 4 助成金の申請期限は、産婦健康診査を受診し終えた日の翌日から起算して6か月を経過した日が属する月の末日までとなります。

(添付書類)

- 1 医療機関が発行する領収書の原本（保険適用外の産婦健康診査費用であり、その領収印があるもの）
- 2 診療明細書の写し
- 3 未使用の産婦健康診査票（兼）受診票（兼）業務完了報告書（産婦の氏名を記入したもの）
- 4 産婦健康診査の結果が記載されている母子健康手帳「出産後の母体の経過」のページの写し（受診日の記載があるもの）
- 5 助成金の振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し（申請者名義のもの）

領収書を紛失した場合は、支払証明が必要になります。

以下の各項目を医療機関から記入してもらうようにお願いします。

医療機関の皆様へのお願い

この申請書は、山形市民が里帰り等により、全額自己負担で受診した産婦健康診査について、受診後に費用の一部又は全額を助成するための申請書です。

申請者からの依頼がありました際には、以下の項目について御記入くださいますよう、よろしくお願いします。

問合せ先

医療機関記入欄	産婦健康診査実施医療機関	健診受診年月日	領収金額 (保険適用外分)
	医療機関等の名称及び所在地	年 月 日	円
	開設者又は病院長名 印	年 月 日	円
	電話番号		

※ 医療機関等の名称及び所在地につきましては、スタンプを御利用願います。