

別記様式

高知市産婦健康診査受診費用支給申請書

年 月 日

高知市長 様

申請者（本人又は配偶者） 住所
氏名

高知市産婦健康診査に係る受診費用の支給を受けたいので、高知市産婦健康診査事業実施要綱第7条第2項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり支給を申請します。

記

対象者	フリガナ			産婦生年月日	年 月 日生
	氏名			出産年月日	年 月 日
	住所 連絡先	〒			
	受診医療機関 ※ 実施医療機関等 以外の医療機関に 限ります。	医療機関の名称 所在地	電話番号		— —
振込先	金融機関名	※ 申請者の口座をご記入ください。 銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	口座名義人	※カナ書き			

申請区分 (○を付ける。)	該当する 健康診査	健康診査受診年月日	自己負担額	支給上限額	申請額 (※1)
	1回目 (産後2週間)	年 月 日	円	円	円
	2回目 (産後1か月)	年 月 日	円	円	円
申請合計額					円

- ※1 「申請額」欄には、各回において自己負担額と支給上限額（5,000円）のいずれか少ない方の額を記入してください。
※2 実施医療機関等以外の医療機関で健康診査を受診した日から1年を経過する日までに申請してください。

添付書類

- 産婦健康診査受診票（受診医療機関の記載のあるものに限り、記載のない場合は支給の対象とならない場合があります。）
- 領収書
- 母子健康手帳