

第4号様式（第9条関係）

山武市産婦健康診査料償還払申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）山武市長

申請者
住 所
氏 名 ⑩
電話番号

山武市が産婦健康診査を委託する医療機関等以外で産婦健康診査を受診したので、山武市産婦健康診査事業実施要綱第9条第2項の規定により、必要書類を添えて次のとおり申請します。

- 1 助成申請額 円
2 振込先

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店 支店 支所
	種 別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

※ 産婦健康診査は概ね産後2週間及び1か月が経過する日の前後に実施した健康診査費用の一部を公費負担するものです。

3 添付書類

- (1) 医療機関等から返戻された産婦健康診査受診票
- (2) 受診時に使用した産婦メンタルヘルススクリーニング用紙
- (3) 産婦健康診査の受診に係る費用の領収書
- (4) 預金通帳、銀行カードその他の振込先金融機関名、預金の種別、口座番号及び預金の名義を確認できるものの写し

4 受診内容の照会に関する同意

請求内容審査のため、山武市が医療機関等へ受診内容の照会をすることについて承諾します。

年 月 日

氏名 _____

山武市産婦健康診査料償還払申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）山武市長

申請者
住 所
氏 名 ⑩
電話番号

山武市が産婦健康診査を委託する医療機関等以外で産婦健康診査を受診したので、山武市産婦健康診査事業実施要綱第9条第2項の規定により、必要書類を添えて次のとおり申請します

1 助成申請額 **未記入** 円

2 振込先

申請者の振り込み先を記入

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店 支店 支所
	種 別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

※ 産婦健康診査は概ね産後2週間及び1か月が経過する日の前後に実施した健康診査費用の一部を公費負担するものです。

3 添付書類

- (1) 医療機関等から返戻された産婦健康診査受診票
- (2) 受診時に使用した産婦メンタルヘルスクリーニング用紙
- (3) 産婦健康診査の受診に係る費用の領収書
- (4) 預金通帳、銀行カードその他の振込先金融機関名、預金の種別、口座番号及び預金の名義を確認できるものの写し

4 受診内容の照会に関する同意

請求内容審査のため、山武市が医療機関等へ受診内容の照会をすることについて承諾します。

年 月 日

氏名 _____