別記様式

高知市妊婦一般健康診査費等助成金支給申請書

☐ 妊婦一般健康診査費助成金支給申請書

☐ 産婦健康診査費助成金支給申請書

☐ 乳児一般健康診査費助成金支給申請書

申請日　　年　　月　　日

高知市長 様

次のとおり，県外医療機関で受診しましたので，高知市妊婦一般健康診査費用等の助成について関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		住所	〒
	氏名			
	受診者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 保護者	電話番号	
受診者（妊婦・産婦）	☐ 申請者に同じ【申請者と同じ場合に☑を入れてください。この場合，「受診者（妊婦・産婦）」の欄は生年月日のみご記載ください。】			
	フリガナ		住所	〒 高知市
	氏名			
	生年月日	年　月　日	電話番号	
出産（予定）日		年　月　日	【出産予定日またはご出産後の方は，出産日をご記入ください。】	
受診者（乳児）	フリガナ		住所	☐ 申請者又は妊婦・産婦に同じ【同じ場合に☑を入れてください。異なる場合のみ住所をご記載ください。】
	氏名			〒 高知市
	生年月日	年　月　日		
受診医療機関	名称		住所	
			電話番号	

振込先	振込先金融機関名　※申請者の口座をご記入ください。		口座名義人	種別	口座番号
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	カタカナ	普通 当座	

妊婦一般健康診査

該当の健診	健診受診年月日	自己負担額	助成上限額	申請額	該当の健診	健診受診年月日	自己負担額	助成上限額	申請額
1(回目)	年　月　日	円	円	円	8(回目)	年　月　日	円	円	円
2	年　月　日	円	円	円	9	年　月　日	円	円	円
3	年　月　日	円	円	円	10	年　月　日	円	円	円
4	年　月　日	円	円	円	11	年　月　日	円	円	円
5	年　月　日	円	円	円	12	年　月　日	円	円	円
6	年　月　日	円	円	円	13	年　月　日	円	円	円
7	年　月　日	円	円	円	14	年　月　日	円	円	円
								申請合計額	円

産婦健康診査

該当の健診	受診日	助成上限額	申請額	申請合計額
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	

乳児一般健康診査

該当の健診	受診日	助成上限額	申請額	申請合計額
1か月児 (生後27日～生後6週未満)	年　月　日	円	円	円
2回目	年　月　日	円	円	
3回目	年　月　日	円	円	

≪添付書類≫

① 領収書・明細書(原本)　　②母子健康手帳のコピー(出生届出済証明書欄と申請する健診記録欄)

③ 高知市が発行した未使用の妊婦・乳児一般健康診査受診票

高知市が発行した産婦健康診査受診票(受診票の本人・医療機関記入欄に記載が必要。※エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)の実施必須)