

申請日 令和 年 月 日

## 宮古島市県外医療機関等産婦健康診査費用助成金交付申請書

宮古島市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受診者	フリガナ 産婦氏名		生年 月 日	S H	年 月 日	
	住 所					
	母子(親子)手帳番号					
	出 産 日	令和 年 月 日				
医療機関等	医療機関名					
	所在地	都道府県		市町村		

受診月日	受診時の 産後週数	受診票の種類	支払った額(円) A	助成限度額(円) B	申請額(円) AとBのうち少ない額
・ ・		1回目		5,000	
・ ・		2回目		5,000	
合 計					

振 込 先	金融機関名	銀行・農協・金庫		本店・支店
	預金の種類	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義	

※最後に健診を受診した日から1年以内に、受診した医療機関の領収書・産婦健康診査受診票(医師の記入のあるもの)・エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)・赤ちゃんへの気持ち質問票・子育て支援チェックリストを添えて、健康増進課の窓口へ提出してください。期限が過ぎた場合や書類に不備がある場合は、助成金の交付ができない場合があります。

※助成金交付の対象者は、受診日当日に宮古島市に住民登録がある方です。

※産婦健康診査受診票の項目以外の検査等に係る費用は、助成の対象となりません。

※振込先は、受診した本人名義の口座で申請してください。