

市川市産婦健康診査受診費給付金交付申請書兼請求書

市川市長

下記のとおり、関係書類を添えて、産婦健康診査の受診に要する費用の給付を申請します。
また、市川市がこの申請に必要な情報について、調査し、及び医療機関等に照会することに同意します。

申請者

フリガナ			申請日	令和			年			月			日
受診者氏名			生年月日	昭和 平成			年			月			日
住所	〒 市川市												
電話番号	自宅： — — —			携帯： — — —									
医療機関名				医療機関住所									

【健診結果】

	産後2週間健診						産後1か月健診													
受診日	令和			年			日	令和			年			月			日			
子宮復古	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()						<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()													
悪露	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()						<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()													
乳房の状態	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()						<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()													
血圧	収縮期				mmHg	拡張期				mmHg	収縮期				mmHg	拡張期				mmHg
尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++						<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++													
尿糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++						<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++													
体重				.				kg				.				kg				
授乳状況	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合						<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合													
心の状態	質問票Ⅱ				点	質問票Ⅲ				点	質問票Ⅱ				点	質問票Ⅲ				点
領収書記載額 (市記入欄)							円													
申請額 (市記入欄)							円													

領収書の返送希望（郵送の場合のみチェックしてください）	<input type="checkbox"/> 返送を希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------

※振込先は申請者の口座名義をご記入ください。ただし、やむを得ない理由にて振込先が申請者以外の場合は委任状が必要となります。

上記の申請を可とする旨の決定をした場合にあっては、下記の口座に給付金を振り込んでください。

		銀行・信金 信組・農協	支店コード				本店 支店
1. 普通 2. 当座	口座番号		フリガナ				
			口座名義人				

以下は記入しないでください

申請受付日	/	申請受付者		来所者	父・母・児()・その他()
-------	---	-------	--	-----	-----------------

○をつけて確認

写し	記入	本人確認	
母子健康手帳(表紙)	産婦健診申請書	1点確認	運転免許証 マイナンバーカード パスポート
母子健康手帳(出産後の母体の経過)	産婦健診受診票		障害者手帳 特別永住者証明書 在留カード
病院の領収書・あれば明細書	返信用封筒		その他()
※外国籍の方: 通帳見開きページ	申請者以外の口座 → 委任状 (申請者旧姓含む)	2点確認	健康保険証(国保・健保)・児童扶養手当証書 共済組合の組合員証・年金手帳・ 法人発行の身分証明書(顔写真付) その他()