様式第１号

千葉市里帰り等産婦健康診査費用助成申請書

年　月　日

（あて先）　千葉市長

千葉市里帰り等産婦健康診査費用助成要綱第４条の規定により、関係書類を添えて、千葉市里帰り等産婦健康診査費用の助成を申請します。

また、千葉市里帰り等産婦健康診査費用助成の申請にあたり、千葉市が医療機関等に対し、下記の申請者の助成に関する情報の照会並びに提供を求めることに、同意します。

※太枠の中と右上の日付を記入してください

申請者（受診者）	フリガナ 氏名（署名）	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。　※受診時旧姓の時記入 旧姓（　　）	生年月日 昭和・平成　　年　月　日	
	現住所	（〒　　） 市　　区 ※受診後転出した者は、旧住所（千葉市の住所）と転出日を記入 （旧住所　　）／　年　月　日転出		
	日中連絡先電話番号	－　　－	連絡先電子メールアドレス	＠
	出　産　日	年　月　日　出産		
振込先	金融機関	銀行 金庫・農協	本店・支店 出張所	
	口　座	□普通 □当座　No	（フリガナ） 口座名義人	（　　）
申請金額		**１回の受診につき、１枚の受診票の助成上限額と実際に要した保険適用外の産婦健診料を比較して、低い金額を申請額とします。**		
本制度の申請について		□初めて申請　□2回目以降の申請	今後の申請予定	□ 有　□ 無

提出する受診票	受診票の名称	＿＿年度受診		＿＿年度受診		提出票種（○印）
		助成上限額	提出枚数	助成上限額	提出枚数	
	産婦健康診査（１回目）	円	枚	円	枚	1
	産婦健康診査（２回目）	円	枚	円	枚	2

申請する健診の受診年月日	自己負担額 ＊保険適用外の産婦健診料を、金額が高い順に記入する	エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)の実施状況	市記載欄			
			1　健診料審査	2　受診票対照		3　助成額審査
			保険適用外の産婦健診料(*1)	票種	上限額(*2)	(*1)、(*2)のうち低い金額を助成額とする
年　月　日	円	実施・未実施	円		円	円
年　月　日	円	実施・未実施	円		円	円

（受付印）

決定額合計	円