

## 産婦健康診査費助成金請求書

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 歳
母子手帳No.	—	電話番号 携帯電話	
振込先	銀行 信金 信組 農協	口座番号	普通・当座 NO. _____
		フリガナ 名義人	
請求金額	円		
上記のとおり、産婦健康診査の助成金を請求します。健診状況は裏面のとおりです。 尚、請求した助成金は、上記の振込先に振替してください。			
年 月 日			
忍野村長 殿			
請求者住所 忍野村忍草・内野 氏名 ⑩			
備考			
《注意事項》 1 領収書及び産婦健康診査受診票（未使用）、母子健康手帳の写しを添付してください。 2 忍野村に登録されている振込先と上記の振込先が異なる場合、今後忍野村からの振替がすべて上記の振込先に振り替えられます。 3 助成金額は、裏面の通りです。なお、上限額に満たない場合はその金額を助成します。また、上限額を超えた分の金額は自己負担となります。 4 申請期限は、健診日の翌月から1年以内となりますので注意してください。			

忍野村

## 健診状況(1回目)

健診日	年 月 日
健診内容	<input type="checkbox"/> 問診（生活環境・授乳状況・育児不安等） <input type="checkbox"/> 診察（悪露・乳房の状態・子宮復古状況等） <input type="checkbox"/> 体重・血圧測定 <input type="checkbox"/> 尿検査（蛋白・糖） <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）
所見	エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）： 結果 点
	1 異常なし
	2 指導済 （ ）
	3 経過観察 （ 病院対応・市町村連絡 ）
	内容 （ ）
	4 要精密検査 （ ）
	5 要治療 病名 （ ）
6 その他 （ ）	
金額	円（上限5,000円）

## 健診状況(2回目)

健診日	年 月 日
健診内容	<input type="checkbox"/> 問診（生活環境・授乳状況・育児不安等） <input type="checkbox"/> 診察（悪露・乳房の状態・子宮復古状況等） <input type="checkbox"/> 体重・血圧測定 <input type="checkbox"/> 尿検査（蛋白・糖） <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）
所見	エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）： 結果 点
	1 異常なし
	2 指導済 （ ）
	3 経過観察 （ 病院対応・市町村連絡 ）
	内容 （ ）
	4 要精密検査 （ ）
	5 要治療 病名 （ ）
6 その他 （ ）	
金額	円（上限5,000円）