(*******関係)

記入見本

市川市産婦健康診査受診費給付金交付申請書

郵送の場合、日付を 記入しないでください

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 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

利意します。

							į	申請者 中 化丁														
フリガナ			17	fη	7	ハナ	. 그			Ę	申請日	1	令和			年			月			日
受診者氏名		市川 花子					生	生年月日		昭和平成	0	0	年	0	0	月	0	0	日			
住所	市川	〒 272 – 0023 市川市 南八幡4-18-8														·	,					
電話番号	自宅	:					_				携帯	:	09	0	_	0	00	0		OC	000)
【健診結果】	•																					
	産後2週間健診											産征	後1カ	月例	建診							
受診日		令和	1			年		月			日		令和		0	年	0	0	月	0	0	日
子宮復古 ロ 所見なし ロ 所見あり ()	S	3 所見	しなし		コ所	見ま	あり	()		
悪露 ロ 所見なし ロ 所見あり ()	S	3 所見	しなし		コ所	行見 あ	あり	()				
乳房の状態	ą	口月	斤見 な	まし		口所	見あり	()	Ŀ	☑ 所見	しなし	[コ所	行見 あ	あり	()
血圧		収縮期				mmHg	拡張期				mmHg	収約	a期 (0	0	mmHg	拡張	長期	0	0	0	mmHg
尿蛋白		□ -		±		+	++		++-	H		N	– r	- ±		+		++		+++	-	
尿糖		□ -		±		+	□ ++		+++	<u> </u>		V	– r	- ±		+		++		+++	-	
体重					•		k g							0].	0	0	k g				
授乳状況		口 母乳			ミル			混合					母乳		ミル				混合			
心の状態		, 貝미示	_	明を		合は記	記入不		ু 		点	۲.	М <u>Ж</u>	不明 ² 		合は		入不 四本		ごす		Ìт
領収書記載和 (市記入欄)			*	∮ 2 λ	. 1 . 1	\$/\\ 7	ごくだ	+ (.)			円			※	λ <i>1</i> .	t21.	レブ・	< +=	÷1.	1		円
申請額 (市記入欄)			~								円	※記入しないでください								円		
領収書の返送	希望	(<u>郵送</u> F	申請(の場	合の	<u>み</u> チ	エック	して	くた	ごさV	١)	V	返送を	希望	する			」希	i望l	ノな い	· `	
	※振込先は <u>申請者の口座名義</u> 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	丁とす.	る旨の決	定を	した		_						寸金を	を振り	込んて	ごくだ	さい	١,					
(0			銀信		・農	金協	文	店ュー	∇			C	000	0				本	:		

	000	銀信		信 金 農 協		\triangle		000	(本店支店		
1. 普通	口座番号		フリ	ガナ			17	カワ ハナコ				
2. 当座		\triangle	口座	口座名義人		市川 花子						
			以下は記	己入しない	いでくだ	さい						
申請受付	申請受付日 /		申請受付者				ヨナンスクラ		123 71 ±)()		
○をつけて 6	雀認			-				気の口座へ振り そ状が必要です				
		育	入	170	-	物口は女儿	エリション・次・本 C み					
母子健康手	産婦健診	申請書				運転免許証	マイナンバーカード	パスポート				
母子健康手	産婦健診	産婦健診受診票			1点確認 障害者手帳 特別永住者証明書 在留力~							
病院の領収	返信用封	返信用封筒				その他()						
						健康保険証(国保・健保)・児童扶養手当証書						
※外国籍の	申請者以	申請者以外の口座 → 委任状			2点確認	共済組合の組合員証・年金手帳・						
	(申請者[[(申請者旧姓含む)				法人発行の身	法人発行の身分証明書(顔写真付)					
						その他()					

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	\exists	令和		年	月			日	
受診者氏名			生年月		昭和平成		年	月			日	
住所	市川市		1				<u> </u>		1		ı	
電話番号	自宅:		携帯	:		_		_				
【健診結果】												
		産後2週間健診				産後	後1か月(建診				
受診日	令和	年月	日	令	介和		年	月			日	
子宮復古	ロ 所見な	こし ロ 所見あり()	ロ 所見なし ロ 所見あり ()		
悪露	ロ 所見な	:し ロ 所見あり ()	□ 所見なし □ 所見あり()		
乳房の状態 ロ 所		:し ロ 所見あり ()		所見な	:L [口 所見る	あり ()	
血圧	収縮期	mmHg 拡張期	mmHg	収縮類	期		mmHg 拡	脹期			mmHg	
尿蛋白	:	± 0+ 0++ 0	+++	0- 0± 0+ 0++ 0+++								
尿糖		±	+++	<u> </u>	± - + - ++ - +++							
体重		. k g						k g				
授乳状況	口母乳	ロミルク ロ混合	<u> </u>	口母乳 ロミルク 口混合								
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								円	
申請額 (市記入欄)			円								円	
領収書の返送者			(ください)	□返	支送を希	言望する		コ 希望	しなり	<u>/</u> \		
					•	•		•	- 5			
※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 支店コード 本 店												
		\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	本 店 支 店									
1. 普通 ——	口座番号	フリガナ	, ,									
2. 当座		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	○をつけて確認 記入 本人確認											
母子健康手帳(表) 母子健康手帳(出) 病院の領収書・あれ	紙) 産後の母体の経過)	産婦健診申請書 産婦健診受診票 返信用封筒	1点確	運転免許証 マイナンバーカード パスポート 1点確認 障害者手帳 特別永住者証明書 在留カード その他() 健康保険証(国保・健保)・児童扶養手当証書								
※外国籍の方: 通向	長見開きページ	申請者以外の口座 → 委任状 (申請者旧姓含む)	2点確	並 並								