

※書き損じがある場合は、訂正印を押印してください。

記入例

様式第1号（第4条関係）

佐久市産婦健康診査県外受診助成金交付申請書（実績報告書）

日付空欄

（申請先）佐久市長

申請者（受診者） 〒      —

住 所 佐久市

氏 名

電話番号

生年月日      年      月      日

佐久市産婦健康診査県外受診助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 産婦健診を受診した医療機関等の名称及び所在地

(1) 名 称

(2) 所在地

2 健診実施日及び申請額 \*該当する健診について記入してください。

(1) 産後2週間前後の健診

ア

イ

(2) 産

ア

イ

未記入

3 申請      ) の合計額

(添付書類)

- 1 医療機関等が発行した産婦健診の領収書の写し
- 2 県外受診をした産婦健診の記録がある母子健康手帳のページの写し
- 3 産婦健康診査受診票（医療機関等で、次に掲げる全ての産婦健診の結果を記入したもの）
  - ア 問診（生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴等）
  - イ 診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等）
  - ウ 体重・血圧測定
  - エ 尿検査（蛋白・糖）
  - オ エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

**※書き損じがある場合は、訂正印を押印してください。**

**記入例**

様式第3号（第6条関係）

**日付空欄**

佐久市産婦健康診査県外受診助成金交付請求書

（請求先）佐久市長

請求者（受診者）	〒	—
住 所	佐久市	
氏 名		
生年月日	年	月 日

**未記入**

で交付決定・確定の

あった佐久市産婦健康診査県外受診助成金を下記のとおり請求します。

記

1 助成金確定額 **未記入** 円

2 助成金請求額 **未記入** 円

3 助成金振込先

フリガナ 口座名義人	続柄							
金融機関名					支店名			
口座番号								(左詰め記入)

**※請求者と口座名義人は同じ方をお願いします。  
異なる場合は、別途委任状が必要です。**