

第3-1号様式（第8・11条関係）
天理市産婦健康診査費用助成申請書兼請求書

天理市長 様

次のとおり、産婦健康診査の助成を関係書類を添えて申請します。
なお、助成金の交付決定があったときは、当該助成金を請求します。

記入見本

申請日	令和 生 月 日				
申請者 (受診者)	フリガナ	テンリ ハナコ		生年 月日	□□ 年 ○月 △日
	氏 名	天理 花子			
	住 所	天理市 ○○ 町 △△番地 電話番号: 070-○○○○-□□□□			
	出 産 日 (流産・死産日)	令和 7 年 ○月 △日			
医 療 機 関 証 明 欄					
助成対象 経費		受診年月日	受診費用 (A)	助成上限額 (B)	
	1 回目	令和 年 月 日	円	5,000 円	
	2 回目	令和 年 月 日	円	5,000 円	
上記、産婦健康診査を実施したことを証明します 所在地 医療機関の名称 代表者名					
請求額合計 (※(A)又は(B)のうちいずれか低い額)					
振込先口座	金融機関名	○○ 金庫 信用組合・農協	店名	△△ 支店	
	預金種別	当座	フリガナ	テンリ ハナコ	
	口座番号	○○○△△□□	口座 名義人	天理 花子	

添付書類

- (1) 産婦健康診査の結果が記載された母子健康手帳の写し
- (2) 産婦健康診査の受診に係る医療機関等の領収書
- (3) 産婦健康診査受診券
- (4) 受診時に使用したエジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) または受診券裏面の質問票
- (5) 口座番号がわかるものの写し

受診内容の照会に関する同意

この申請に必要な場合、天理市健康推進課の職員が医療機関等に産婦健康診査等の受診や
支払い状況について照会することに同意します。

申請者氏名 天理 花子