

米子市産後健康診査費用助成金交付申請書

次のとおり、産後健康診査費用助成金の交付を申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付に関する事務を処理するために、必要な場合には、市が受診医療機関等（助産所を含みます。）に受診状況の確認等をされることに同意します。

年 月 日

米子市長 様

申請者	ふりがな 氏名	_____	生年月日	_____年 月 日
	住所	〒 _____ 米子市	連絡先	_____ - _____
	滞在先	※上記住所と異なる場合に記載してください。 〒 _____	連絡先	_____ - _____
出産日	_____年 月 日（申請は出産から1年以内）			
申請理由	県外医療機関・県外助産所での受診のため			
実施医療機関・助産所名		_____		

受診した産後健康診査の内容

健康診査受診日	対象となる産後健康診査の内容	健康診査に要した額
年 月 日	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 体重・血圧測定 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 産後質問票によるスクリーニング	円
	上記を実施しなかった理由： ※一つでも実施しなかった場合は、必ず記入してください。	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 体重・血圧測定 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 産後質問票によるスクリーニング	円
	上記を実施しなかった理由： ※一つでも実施しなかった場合は、必ず記入してください。	

【添付書類】

- 産後健康診査領収証書又は受診した医療機関若しくは助産所が交付した領収証（受診者の氏名、発行日又は請求期間及び産後健康診査に要した額の記載並びに領収印があるもの）
- 米子市が発行した未使用の産後健康診査受診票
- 産後健康診査を受診した際に申請者本人が回答した産後質問票
- 母子健康手帳の写し（産後健康診査の受診日及び内容を確認することができるもの）

【注意事項】

- 産後健康診査受診日に、米子市に住民登録のある方が対象です。
- 医療法（昭和23年法律第205号）に定める病院、診療所及び助産所のうち、鳥取県外の医療機関等で受診した産後健康診査が対象となります。
- 産後8週（出産62日目）以内の産後健康診査を対象とします。
- 乳児健診、健康保険適用の診療、基本的な産後健康診査を実施していない診療、文書料等に係る費用は、対象となりません。
- 助成上限金額は、米子市産後健康診査費用助成金交付要綱（平成31年4月1日施行）に規定する額とします。

※ご提出いただいた個人情報は、本助成金の交付に関する事務を処理するために使用し、その目的以外の目的のために利用することはありません。

字修正	捨印
字削除	
字挿入	

住民となった日 ※市記入欄	_____年 月 日
---------------	------------