

別記第4号様式（第9条関係）

## 八戸市産婦健康診査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）八 戸 市 長

申請者 住所  
(健診受診者)氏 名  
電話番号

産婦健康診査費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、八戸市が必要に応じて本申請書及び添付書類に含まれる個人情報を利用し、他の自治体や医療機関等申請状況や検査内容等確認することについて同意します。

申請額（請求額） 産婦健康診査 回分 円

区 分	上限額 (単価)	受診日	回数	金額
産婦健康診査 (産後2週間健康診査) (産後1週間健康診査)	5,000 円	年 月 日	回	円
		年 月 日	回	円
合 計			回	円

## ※申請時に必要なもの

- 産婦健康診査費用助成申請書兼請求書
- 産婦健康診査の領収書
- 未使用の八戸市産婦健康診査受診票
- 口座振替受領申出票の申請（申請者の入金口座登録）
- 母子健康手帳の提示

※領収書を紛失した場合は、裏面の「医療機関・助産所証明欄」へ記入してもらってください。

(裏面)

【医療機関・助産所証明欄】

※受診票の受診回欄にご記入ください。

受診者名			
内訳		受診年月日	領収金額
1回目	産婦健康診査 (産後2週間健康診査)		円
2回目	産婦健康診査 (産後1か月健康診査)		円
<p>産婦健康診査費として上記のとおり領収済みであることを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関等の 所在地及び名称 役職名及び代表者名 <span style="float: right;">(印)</span></p>			