

山 北 町 長 様

山北町産婦健康診査費用助成申請書兼請求書

次のとおり山北町産婦健康診査費用助成の申請及び請求をします。

申 請 者	氏 名	Ⓜ
	住 所	山北町
	電話番号	— —
母子健康手帳番号		
受診医療機関等名称		
受診日	年	月 日
請求金額	円	
振込先金融機関	金融機関名	銀行 ・ 金庫 ・ 農協
	本・支店名	本店 ・ 支店
	口座種類	普通 ・ 当座
	口座番号	
	(フリガナ)	
	口座名義人	

(添付資料)

- ① 該当する山北町産婦健康診査補助券
- ② 医療機関の領収書（写し）
- ③ エジンバラ産後うつ病問診票（EPDS）