

大阪市産婦健康診査費助成金交付要綱

制定 令和6年4月1日

（目的）

第1条 この要綱は、産後うつ予防や新生児への虐待予防等を図るため、産後2週間、産後1か月などの出産後間もない時期の産婦に対する産婦健康診査を公費負担することにより、産後の初期段階における母子に対する支援を強化し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制を整備することを目的とする。

（対象者）

第2条 助成の対象者は、大阪市（以下「本市」という。）に居住する産後8週以内の産婦であって、本市と委託契約を締結していない医療機関又は助産所（以下「実施機関」という。）で産婦健康診査を受診した者とする。

（助成の内容及び金額）

第3条 産婦健康診査に要した受診料（以下「助成金」という。）の交付の対象となる産婦健康診査の内容は、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）、診察（悪露、乳房の状態、子宮復古状況、表情・言動等）、体重・血圧測定、尿検査（蛋白・糖）及びエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）とし、助成金の上限額は、1回の産婦健康診査につき5,000円とする。

（助成金の申請）

第4条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、それぞれの産婦健康診査が終了した日から1年以内に、大阪市産婦健康診査費助成金交付申請書（第1号様式）（以下「申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

2 前項に規定する申請に当たっては、次の書類を添付しなければならない。

- （1）申請者が交付を受けた大阪市産婦健康診査実施要綱第5条第1項に規定する産婦健康診査受診票（同要綱第1号様式、第2号様式）
- （2）申請者が産婦健康診査を受診した実施機関発行の領収書原本であって、助成金交付の決定に必要な事項が確認できるもの
- （3）母子健康手帳のうち助成金交付の決定に必要な事項が記載された部分の写し
- （4）申請者が市外転出等により、申請日時点で市内に居住していない場合は、住所の証明書（ただし、市長が特別な理由があると認める場合を除く）

3 前項第2号に掲げる書類について、助成金の交付の決定に必要な事項を市長が確認できない場合、申請者は大阪市産婦健康診査費実施証明書（第2号様式）を添付することとする。

4 申請書の提出先は、持参の場合は、居住する区に存する区保健福祉センターに提出することとし、送付の場合は、大阪市こども青少年局子育て支援部管理課に提出することとする。

5 申請書を市長に提出した日は、持参の場合は、居住する区に存する区保健福祉センターに提出した日とし、送付の場合は、大阪市こども青少年局子育て支援部管理課に到着した日とする。ただし、書類に不備のあるときはこの限りでない。

(交付の決定)

第5条 市長は、前条第1項の申請を受理したときは、すみやかにこれを審査し、その申請内容が適当であると認めたときは、大阪市産婦健康診査費助成金交付決定通知書（第3号様式）により助成金の交付の申請を行った者に通知するものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、助成金を交付することが不適当であると認めたときは理由を付して、大阪市産婦健康診査費助成金不承認決定通知書（第4号様式）により、助成金の交付の申請を行った者に通知するものとする。

3 市長は、助成金の交付の申請から30日以内（申請内容を補正するための期間は除く）に当該申請に係る助成金の交付の決定又は助成金を交付しない旨の決定をするものとする。

(申請の取下げ)

第6条 前条第1項の規定による決定通知書を受領した者で、当該通知の内容に不服があり申請を取り下げようとするときは、大阪市産婦健康診査費助成金交付決定取下書（第5号様式）により申請の取下げを行うことができる。

2 申請の取下げをすることができる期間は、交付決定通知書を受けた日の翌日から起算して10日とする。

(助成金の交付)

第7条 市長は、助成金の交付を決定したときは、決定した日の翌日から起算して30日以内に申請書に記載された口座に助成金を直接振り込み、支給するものとする。

(助成金の取消し)

第8条 市長は、助成金の交付の決定をした場合において、申請内容に虚偽の記載がなされるなどにより、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すときは、理由を付して大阪市産婦健康診査費助成金交付決定取消書（様式第6号）により通知するものとする。

2 前項の規定により交付決定を取り消された者が既に助成金を受け取っている場合には、その返還を求めることができる。

(関係書類の整備)

第9条 申請者は、第5条第1項に定める通知を受けた時は、通知を受けた日から5年間保存しなければならない。

(施行の細目)

第10条 この要綱の施行の細目については、所管課長が定めるものとする。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

この要綱は、令和6年10月1日から施行する。

大阪市妊婦・産婦健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 大阪市長

妊婦健康診査費用ならびに産婦健康診査費用の助成を受けるために、大阪市妊婦健康診査費助成金交付要綱第4条・大阪市産婦健康診査費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、申請します。
また、妊婦健康診査費ならびに産婦健康診査費助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、妊婦健康診査受診機関への支払い内容確認等することを了承します。

フリガナ 申請者氏名 (健診受診者) (旧姓)	生年 月 日	昭和 年 月 日 平成	妊娠が 終了した日	年 月 日
現住所	〒 (電話番号)				
市外転出 (申請日時点)	有 ・ 無	※有の場合 大阪市外への転出日が確認できる住民票を添付 <input type="checkbox"/>		転出日	年 月 日
通知書送付先	<input type="checkbox"/> 現住所に同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる場合(下記にご記載ください) 〒				

※妊娠中に姓の変更があった場合に限り、旧姓を記入してください。

※妊娠が終了した日とは、分娩日、流産日等となります。

妊婦健康診査費・産婦健康診査費助成金の支払いについては、次の口座に口座振替されるように依頼します。

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		支店名		支店番号()					
	預金種別	普通 ・ 当座	口座 番号								
	フリガナ 口座名義人 (申請者と同じ)									

※記入・申請の際は、必ず裏面の説明をお読みいただき、太線の中をご記入ください。

※ 助成金額は、医療機関に支払った額ではなく、助成の対象となる妊婦健康診査ならびに産婦健康診査について定められた額と自己負担額とを比較して、少ない方の額になります。

<事務処理欄>

市 側 記 入 欄					
	受診年月日	領収金額 (保険診療分を除く)	領収書金額確認	対応する受診票	交付決定額
妊婦健康診査	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
産婦健康診査	年 月 日	円	円		円
	年 月 日	円	円		円
				合 計	円

保 健 福 祉 セ ン タ ー 記 入 欄		保健福祉センター受付印	こども青少年局受付印
<input type="checkbox"/> ()枚切り離し申請者に受診手帳を返却。			
申立書	有 ・ 無		
新生児聴覚検査・乳児一般健康診査同時申請	有 ・ 無		

(申 請 方 法)

大阪市の妊婦健康診査・産婦健康診査委託契約機関でない場合において、妊婦健康診査ならびに産婦健康診査を受診した後に、申請書と必要書類を添えて、お住まいの区の保健福祉センター保健業務担当の窓口へ提出してください。送付の場合は、大阪市こども青少年局子育て支援部管理課母子保健グループに提出してください。なお送付の場合は、書類が到着した日をもって申請日とさせていただきます。

なお、申請期限は、妊娠が終了した日から1年以内(大阪市の休日を守る条例第1条に規定する市の休日である場合は、その日以前の直近の市の休日でない日)になっておりますので、ご注意ください。

(記 載 上 の 注 意)

- 1 申請者氏名は必ず妊婦健康診査・産婦健康診査受診者の氏名を記入してください。
- 2 訂正は「＝(二重線)」で訂正し、訂正箇所に署名してください。
- 3 振込先は、申請者と同じ口座名義人の口座を記入してください。

※ 委託医療機関・助産所において、妊婦健康診査・産婦健康診査受診時に受診票をお忘れになった場合は、「償還払い」の申請ができませんので、ご注意ください。

(申 請 時 に 必 要 な 添 付 書 類)

- 1 母子健康手帳の「出生届出済証明」及び「妊娠中の経過」のページのコピー
及び産婦健康診査受診時は「出産後の母体の経過」のページのコピー
※ 子の保護者欄は、必ず記入の上、コピーしてください。
- 2 妊婦健康診査・産婦健康診査受診時に、受診票が使えなかった分の領収書(コピー不可)
※ 紛失等により領収書がない場合は、「大阪市妊婦健康診査費・産婦健康診査費実施証明書」が必要になります。
※ 領収書で妊婦健診および産婦健診代金が確認できない場合は、別途「大阪市妊婦健康診査費・産婦健康診査費実施証明書」が必要になる場合があります。
※ 領収書は、原本照合したのち、返却することもできます。(申し出が必要)
※ 医療機関・助産所で「明細書」が発行されている場合は、領収書と併せて提出をお願いします。
- 3 使用することができなかった受診票
※ 医療機関等で検査結果等をなるべく記入していただってください。(未記入の場合は、審査に時間がかかり、振込が遅れることがあります。)
- 4 申請日までに大阪市内に転出された方は、転出日の確認できる住民票(コピー不可)が必要になります。

大阪市妊婦・産婦健康診査費実施証明書

年 月 日

(あて先) 大阪市長

(実施医療機関等)

住 所

名 称

代表者名

電話番号

次の者について、下記のとおり妊婦健康診査・産婦健康診査を実施したことを証明します。

1 申請者(申請者記入)

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
申請者氏名			平成
住 所 ※	〒 区 大阪市 (電話番号)		

※ 受診日時点の住所をご記載ください

2 妊婦健康診査・産婦健康診査の受診年月日、検査内容及び領収金額(医療機関等記入)

裏面のとおり

大阪市妊婦健康診査内容

受診年月日	健康診査内容	領収金額 (保険診療分を除く)	受診年月日	健康診査内容	領収金額 (保険診療分を除く)
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他 ()	円

大阪市産婦健康診査内容

年 月 日 (産後 日)	母体の状態(体重、血圧、子宮復古状況、悪露等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 授乳状況(乳房の状態等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 尿検査結果 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 心の健康チェック <input type="checkbox"/> 質問項目10が1点以上 <input type="text"/> 点	円	年 月 日 (産後 日)	母体の状態(体重、血圧、子宮復古状況、悪露等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 授乳状況(乳房の状態等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 尿検査結果 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 心の健康チェック <input type="checkbox"/> 質問項目10が1点以上 <input type="text"/> 点	円
-----------------	---	---	-----------------	---	---

(備考)

※受診年月日、領収金額を記入のうえ、検査した項目にチェックください。

※本証明書発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。

____様

大阪市長 〇〇 〇〇

大阪市産婦健康診査費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました産婦健康診査費助成金について、大阪市産婦健康診査費助成金交付要綱に基づき、次のとおり交付することを決定しましたので通知します。

助成金の振り込みは、本交付決定通知書の到着から、概ね3週間程度の日数を要します。ただし、遅れる場合もございますので、ご了承ください。

産婦健康診査費助成金交付金額 金 _____ 円

	助成金上限額	領収書金額 (保険適用外)	助成金決定額
1	5, 0 0 0 円		
2	5, 0 0 0 円		
	備考		

大阪市指令こ青第 号
年 月 日

_____様

大阪市長 ○○ ○○

大阪市産婦健康診査費助成金不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のありました産婦健康診査費助成金について、次のとおり不承認とすることを決定しましたので通知します。

不承認の理由

年 月 日

大阪市長

〒〇〇〇—〇〇〇〇
〇〇区〇〇〇 〇—〇—〇
〇〇 〇〇

大阪市産婦健康診査費助成金交付決定取下書

年 月 日付け大指令こ青〇号にて通知のあった大阪市産婦健康診査費助成金の交付決定について、大阪市産婦健康診査費助成金交付要綱第6条の規定により申請を取り下げます。

1 助成金交付決定通知書を受け取った日 年 月 日

2 取下げの理由

大阪市指令こ青第 号
年 月 日

____様

大阪市長 ○○ ○○

大阪市産婦健康診査費助成金交付決定取消書

年 月 日付けで交付決定しました産婦健康診査費助成金について、次のとおり取消することを決定しましたので通知します。

取消しの理由
