

〒

申請者 住所  
氏名  
電話番号

鈴鹿市妊婦一般健康診査県外受診助成金交付申請書

鈴鹿市妊婦一般健康診査県外受診助成金交付要領第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。なお、本請求に関し、必要時医療機関への確認、調査等を行うことに同意します。

記

1 申請金額（(ウ)の合計） \_\_\_\_\_ 円

2 申請内訳

受診日	医療機関名 ・ 助産所名	受診 区分	助成対象 健診費用 (ア)	交付限度額（※） (イ)				申請額 (ウ) (アとイのい ずれか少ない方)
				医療機関		助産所		
				母子保健の しおり 2025年度	母子保健の しおり 2026年度	母子保健の しおり 2025年度	母子保健の しおり 2026年度	
年 月 日		1回	円	23,910円	24,050円			円
年 月 日		2回	円	5,180円	5,280円	5,180円	5,280円	円
年 月 日		3回	円	5,180円	5,280円	5,180円	5,280円	円
年 月 日		4回	円	5,180円	5,280円	5,180円	5,280円	円
年 月 日		5回	円	5,180円	5,280円	5,180円	5,280円	円
年 月 日		6回	円	17,830円	17,850円			円
年 月 日		7回	円	5,180円	5,280円	5,180円	5,280円	円
年 月 日		8回	円	7,610円	7,630円			円
年 月 日		9回	円	5,180円	5,280円	5,180円	5,280円	円
年 月 日		10回	円	5,080円	5,100円	5,080円	5,100円	円
年 月 日		11回	円	13,270円	13,370円			円
年 月 日		12回	円	5,080円	5,100円	5,080円	5,100円	円
年 月 日		13回	円	5,080円	5,100円	5,080円	5,100円	円
年 月 日		14回	円	5,080円	5,100円	5,080円	5,100円	円

※医療機関等が発行する領収書等、診査費用を確認できるものを添付してください（写し可）。

※交付限度額は、母子保健のしおりの交付年度により、市が県内医療機関等に委託する契約単価と同額とします。