

第1号様式（第5条関係）

鈴鹿市産婦健康診査県外受診助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）鈴鹿市長

申請者（産婦） 住所（〒 ー ）

氏名

電話

鈴鹿市産婦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、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。この申請に関し、本市が保有する個人情報を見学・調査すること、及び医療機関等への確認、調査等を行うことに同意します。助成金の振込先は下記の口座を指定します。

1 申請金額 \_\_\_\_\_ 円

2 申請内訳

受診回数	受診日	医療機関名 (助産所名)	健診費用 (ア)	交付限度額 (イ)	申請額 (ア)と(イ) のいずれか少 ない額
1回目	年 月 日		円	5,000円	円
2回目	年 月 日		円	5,000円	円

3 振込先

銀行 農協 信用金庫	支店 支所 出張所	種 別	普通 ・ 当座
		口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

4 添付書類

① 産婦健康診査結果票

（医療機関等で健診結果が記載されたもの）

② 医療機関等発行の領収書の写し（明細書が必要な場合もあります）

※振込先口座名義人と申請者が異なる場合は、ご記入ください。

私は、受任者に鈴鹿市産婦健康診査県外受診助成金の受領行為について委任します。

委任者（産婦） \_\_\_\_\_

受任者 \_\_\_\_\_

委任者との続柄（ ）