

〒

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 2024 年度	母子保健の しおり 2025 年度	母子保健の しおり 2024 年度	母子保健の しおり 2025 年度	
年 月 日		1 回	円	23,910 円	23,910 円			円
年 月 日		2 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円	円
年 月 日		3 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円	円
年 月 日		4 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円	円
年 月 日		5 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円	円
年 月 日		6 回	円	17,870 円	17,830 円			円
年 月 日		7 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円	円
年 月 日		8 回	円	7,590 円	7,610 円			円
年 月 日		9 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円	円
年 月 日		10 回	円	5,060 円	5,080 円	5,060 円	5,080 円	円
年 月 日		11 回	円	13,220 円	13,270 円			円
年 月 日		12 回	円	5,060 円	5,080 円	5,060 円	5,080 円	円
年 月 日		13 回	円	5,060 円	5,080 円	5,060 円	5,080 円	円
年 月 日		14 回	円	5,060 円	5,080 円	5,060 円	5,080 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）。