第１号様式（第５条関係）　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

（宛先）鈴鹿市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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  2023年度 | 母子保健の  しおり  2024年度 | 母子保健の  しおり  2023年度 | 母子保健の  しおり  2024年度 |
| 年　 月　 日 |  | １回 | 円 | 23,860円 | 23,910円 |  |  | 円 |
| 年　 月　 日 |  | ２回 | 円 | 5,110円 | 5,160円 | 5,110円 | 5,160円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | ３回 | 円 | 5,110円 | 5,160円 | 5,110円 | 5,160円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | ４回 | 円 | 5,110円 | 5,160円 | 5,110円 | 5,160円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | ５回 | 円 | 5,110円 | 5,160円 | 5,110円 | 5,160円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | ６回 | 円 | 17,920円 | 17,870円 |  |  | 円 |
| 年　 月　 日 |  | ７回 | 円 | 5,110円 | 5,160円 | 5,110円 | 5,160円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | ８回 | 円 | 7,640円 | 7,590円 |  |  | 円 |
| 年　 月　 日 |  | ９回 | 円 | 5,110円 | 5,160円 | 5,110円 | 5,160円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 10回 | 円 | 5,110円 | 5,060円 | 5,110円 | 5,060円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 11回 | 円 | 13,170円 | 13,220円 |  |  | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 12回 | 円 | 5,110円 | 5,060円 | 5,110円 | 5,060円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 13回 | 円 | 5,110円 | 5,060円 | 5,110円 | 5,060円 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 14回 | 円 | 5,110円 | 5,060円 | 5,110円 | 5,060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。