

住所
名前
電話番号

松阪市妊婦一般健康診査県外受診費助成金
交付申請書兼実績報告書兼請求書

松阪市妊婦一般健康診査県外受診費助成金交付要綱第7条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて、県外医療機関等での妊婦一般健康診査費用の助成金交付を申請します。なお、助成金の交付が決定したときは、下記口座へ振り込んでください。

記

- 1 申請額 _____ 円
- 2 申請内訳

県外での受診履歴及び受診費				県内契約単価			
受診日	医療機関名・助産所名	受診 区分	受診費	医療機関		助産所	
				しおり種別		しおり種別	
				2024 年度	2025 年度	2024 年度	2025 年度
		1 回	円	23,910 円	23,910 円		
		2 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円
		3 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円
		4 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円
		5 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円
		6 回	円	17,870 円	17,830 円		
		7 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円
		8 回	円	7,590 円	7,610 円		
		9 回	円	5,160 円	5,180 円	5,160 円	5,180 円
		10 回	円	5,060 円	5,080 円	5,060 円	5,080 円
		11 回	円	13,220 円	13,270 円		
		12 回	円	5,060 円	5,080 円	5,060 円	5,080 円
		13 回	円	5,060 円	5,080 円	5,060 円	5,080 円
		14 回	円	5,060 円	5,080 円	5,060 円	5,080 円
合計	(ア)	円	交付限度額 ※1			(イ)	円
申請額(ア)と(イ)のいずれか少ない方							

※ 交付限度額は、県外で受診した回に対応する県内医療機関の合計額とします。

3 振込口座

銀行 農協 金庫 店	種 別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	(フリガナ)	
	口座名義人	

4 関係書類 妊婦一般健康診査受診票、受診料に係る領収書 その他市長が必要と認める書類

※振込先口座名義人と申請者兼請求者(妊産婦)が異なる場合は、次の委任状に記入して下さい。

私は、受任者(上記の口座名義人)に松阪市妊婦一般健康診査県外受診費助成金の受領行為について委任します。

委任者(妊産婦) : _____

受 任 者 : _____