

尾鷲市妊婦一般健康診査費補助金交付申請書（令和7年度交付者用）

令和 年 月 日

尾鷲市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

尾鷲市妊婦一般健康診査費補助金の交付を受けたいので、尾鷲市妊婦一般健康診査費補助金交付要綱第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、私は、この申請に基づく補助金の交付手続きに際し受給資格確認のため、市が住民基本台帳の情報を調査すること及び必要に応じて受診医療機関に問い合わせることに同意します。

受診日	医療機関名	受診区分	診査費用 (実費)	補助限度額	補助金の 申請額
年 月 日		1回	円	23,910円	円
年 月 日		2回	円	5,180円	円
年 月 日		3回	円	5,180円	円
年 月 日		4回	円	5,180円	円
年 月 日		5回	円	5,180円	円
年 月 日		6回	円	17,830円	円
年 月 日		7回	円	5,180円	円
年 月 日		8回	円	7,610円	円
年 月 日		9回	円	5,180円	円
年 月 日		10回	円	5,080円	円
年 月 日		11回	円	13,270円	円
年 月 日		12回	円	5,080円	円
年 月 日		13回	円	5,080円	円
年 月 日		14回	円	5,080円	円
補助申請額				円	
添付書類	☐ 1.医療機関発行の領収書の原本又は写し ☐ 2.受診を証明する書類 (妊婦一般健康診査結果票 母子健康手帳等)				

※申請期間：妊婦一般健康診査を受けた日の属する年度の3月31日まで