

バーコードシールを
貼付してください

神戸市多胎妊婦健康診査助成金支給申請書兼請求書

神戸市長 あて

令和 年 月 日

助成金を申請します。申請内容に不正があった場合は受給額を全額返還することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名			平成 (歳)
	現住所	〒 - (電話番号 - -) 神戸市 区		
	申請金額	金 , 円		

※申請金額計算欄 (14回を超えて受診した妊婦健康診査が対象です)

受診日 (妊娠週数) 健診回数	領収金額(A)	助成上限額(B)	助成対象額 (AまたはBどちらか少ない金額)
令和 年 月 日 (週) 15回目	円	5,000円	円
令和 年 月 日 (週) 16回目	円	5,000円	円
令和 年 月 日 (週) 17回目	円	5,000円	円
令和 年 月 日 (週) 18回目	円	5,000円	円
令和 年 月 日 (週) 19回目	円	5,000円	円
		助成対象額計 (※申請金額)	円

※申請金額は、「領収金額(A)」と「5,000円」のどちらか低い金額の合計です。

15~19回目に受診された妊婦健康診査が「神戸市妊婦健康診査・新生児聴覚検査里帰り助成金」ですすでに助成されている場合または、申請予定の方はこちらの申請書ご提出前にご相談ください。

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・()		本店・支店 出張所			
	口座の種別	普通 ・ 当座	口座番号				
	口座名義人 (妊産婦本人)	(カ)					

転送先	転居等により市からの決定通知書の送付を <u>上記以外</u> の住所に希望される場合はご記入ください
	〒 -

* 神戸市記入欄	受理日	決定日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日