

様式第 6 号

区保健福祉部長様

令和 年 月 日

先天性代謝異常等検査採血料公費負担申請書

保護者氏名	
保護者住所	
新生児 生年月日	年 月 日生
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯
<input type="checkbox"/>	私の世帯は、上記に該当いたしますので、 先天性代謝異常等検査採血料公費負担の申請をします。 また、申請にあたり世帯全員の市民税及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。

(神戸市審査欄)

受付日	令和 年 月 日
本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他
住民票確認日	令和 年 月 日
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (適用証明書の添付)