

(様式第1号)

神戸市長 あて

神戸市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査
里帰り助成金支給申請書

バーコードシール
を貼付してください

審査にあたり必要があるときは、神戸市が住民基本台帳を閲覧すること及び
受診・受検医療機関に支払い内容等を確認することに同意します。
審査内容に不正があった場合は受給額を全額返還します。

申請日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	昭和	年	月	日
	氏名				平成	年	月	日
	現住所	〒	—	電話番号	—	—		
聴覚検査	フリガナ			生年月日	令和	年	月	日
	受検児氏名							
申請金額		金 円 . . . ①+②+③						
金額内訳 (※)		①妊婦健診	②産婦健診	③新生児聴覚検査				
		円	円	円				

※：裏面の計算シートより転記してください。

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				
	(フリガナ) 口座名義人							

転居や里帰り出産等で決定通知書の送付を上記以外の住所に希望される場合下記にご記入ください

〒	—	()	様方
里帰り予定期間： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃			

* 神戸市記入欄	受理日	決定日	支給決定額
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	円

○申請金額計算シート

①妊婦健康診査

受診日(※1)	基本健診	血液①	血液②	血液③	超音波①	超音波②	a:領収書金額	b:受診券金額 (各受診券右上の上限金額)	c:abどちらか小さい金額
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
令和 年 月 日							円	円	円
受診券(医療機関記入済み) 基本健診券 _____ 枚 ・ 血液①券 _____ 枚 ・ 血液②券 _____ 枚 血液③券 _____ 枚 ・ 超音波①券 _____ 枚 ・ 超音波②券 _____ 枚 d:受診券(助成上限額合計)金額 _____ 円									申請金額…①(※2) _____ 円 ……①

※1 同日に受診券を複数枚使用したり、領収書が複数枚発行された場合でも、受診日ごとに金額を合算し1行にまとめてご記入ください。
 ※2 申請金額はc欄の合計です。dよりも高くなることはありません。

分娩または妊娠終了の日	令和 年 月 日
-------------	----------

②産婦健康診査(受診したものに☑してください)

		産婦健診実施日	金額(上限額5,000円)
<input type="checkbox"/>	産後2週間用 上限5,000円	令和 年 月 日	円
<input type="checkbox"/>	産後1か月用 上限5,000円	令和 年 月 日	円
申請金額…②			円 ……②

③新生児聴覚検査(いずれかに☑してください)

		新生児聴覚検査実施日 ※確認検査も行った場合は、その日付	金額(上限額:自動ABR 5,000円、OAE 3,000円)
<input type="checkbox"/>	自動ABR 上限5,000円	令和 年 月 日	円
<input type="checkbox"/>	OAE 上限3,000円	令和 年 月 日	円
申請金額…③(上記いずれかの金額)			円 ……③