

申請書記入見本

※消えるペン不可
訂正する場合は、二重線を引き、二重線の上に重なるように朱肉を使う印鑑で訂正印を押印してください。

バーコードシールがない場合は
10桁の母子手帳番号を記入してください。

申請日現在の住所を記入してください。

バーコードシール
1234567890
を貼付してください

(様式第1号) 令和 ●年 ●月 ●日
神戸市長 あて

神戸市妊婦健康診査・産婦健康診査・ 聴覚検査里帰り助成金支給申請書

申請内容に不正があった場合は受給額を全額返還します。
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。

申請者	フリガナ	コウベ ハナコ	生年月日	昭和 4年 1月 23日 平成 (30歳)
	氏名	神戸 花子		
現住所	〒650-8570 (電話番号 078-322-6513) 神戸市中央区加納町6-5-1			

聴覚検査	フリガナ	コウベ タロウ	生年月日	令和 5年 3月 1日
	受検児氏名	神戸 太郎		

申請金額	金 33,600 円 …①+②+③
------	-------------------

金額内訳(※)	① 妊婦健診 25,500 円	② 産婦健診 4,500 円	③ 新生児聴覚検査 3,600 円
---------	--------------------	-------------------	----------------------

※：裏面の計算シートより転記してください。

分娩または妊娠終了の日	産婦健診実施日	新生児聴覚検査実施日 <small>※確認検査も行った場合は、その日付</small>
令和5年 3月 1日	(2週間)令和 年 月 日 (1か月)令和 5年 4月19日	令和 5年 3月 7日

振込先	金融機関名	000 銀行 信用金庫 農協・()	××	本店 支店 出張所
	口座の種類	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	(フリガナ) 口座名義人	コウベ ハナコ 神戸 花子		

妊婦健診・産婦健診・聴覚検査の
合計金額を記入してください。

・ゆうちょ銀行の場合は、振込用の口座番号を記入してください。(支店名は3桁の漢数字)
・申請者本人の口座を記入してください。

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 令和 年 月 日
---------	-----------------

領収金額欄には、領収書の「領収金額欄」に記載のある金額のうち、**妊婦健診の助成対象となる金額**を記入してください。
 ※助成対象は P.3「6. 妊婦健診受診券の使用方法」をご参照ください。

例) 領収金額 8,690円

【助成対象】定期健診 5,000円、NST 1,500円 = 6,500円

【助成対象外】NSTベルト代 600円、保険分負担金 1,590円 = 2,190円

基本健診受診券(上限5,000円)1枚、超音波等その他検査受診券②(上限2,000円)1枚を使用

→ a: 領収金額 6,500円 / b: 受診券金額 7,000円

受診日(妊娠週数)	a:領収金額	<> =	b:受診券金額	c:abどちらか 小さい金額
令和5年2月1日(35週)	6,500円	<	7,000円	6,500円
令和5年2月14日(37週)	5,000円	=	5,000円	5,000円
令和5年2月21日(38週)	12,000円	>	10,000円	10,000円
令和5年2月28日(39週)	4,000円	<	5,000円	4,000円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円
令和 年 月 日 (週)	円		円	円

受診券(医療機関記入済み) 基本健診券 <u>4</u> 枚・血液①券 <u> </u> 枚・血液②券 <u> </u> 枚 血液③券 <u> </u> 枚・超音波①券 <u>1</u> 枚・超音波②券 <u>2</u> 枚 d:受診券(助成上限額合計)金額 <u>27,000</u> 円	申請金額…①(※) 25,500 円
---	---------------------------------

※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。

②産婦健康診査(受診したものに☑してください)

<input type="checkbox"/>	産後2週間用 上限5,000円	円
<input checked="" type="checkbox"/>	産後1か月用 上限5,000円	4,500円
合計申請金額…②		4,500円

③新生児聴覚検査(いずれかに☑してください)

<input checked="" type="checkbox"/>	自動ABR 上限5,000円	3,600円
<input type="checkbox"/>	OAE 上限3,000円	円
申請金額…③(上記いずれかの金額)		3,600円

合計金額を記入してください。

合計金額を表面の申請金額欄に記入してください。

どちらの検査方法だったかは助成券の医療機関記入欄を確認してください。