

(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・
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

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 | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 |
| | 氏名 | | | 平成 (歳) |
| | 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 円 | ② 産婦健診 円 | ③ 新生児聴覚検査 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 年 月 日 | (2週間) 令和 年 月 日 (1か月) 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 |

| | | | |
|-----|-----------------|-------------------|--------------|
| 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 |

