

(様式第1号)

神戸市長 様

年 月 日

神戸市初回産科受診料助成券交付申請書

神戸市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業実施要綱第5条第1項に基づき、助成券の交付を受けた
いので、下記のとおり申請します。

記

申請者 (受診する本人)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 神戸市
	連絡先 (日中繋がる番号)	— —
妊娠について	<input type="checkbox"/> 医療機関で妊娠判定を受けていない <input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した日 (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	
受診予定の 産科医療機関	未定・ ()	
私は、申請にあたり、審査のため世帯全員の課税状況、住民基本台帳並びに生活保護受給状況を閲覧すること、神戸市が医療機関等と支援に必要な情報(受診状況、家庭の状況等)を共有することに同意します。		<input type="checkbox"/> 同意しました。
<ul style="list-style-type: none">・神戸市初回産科受診料助成券(様式第2号)について受領しました。・助成対象は保険外診療であることについて了承しました。(保険診療にかかる費用、選定療養費は助成対象外)		
署名 _____		