

# 申請書記入見本

① バーコードシールがない場合は  
10桁の母子手帳番号をご記入ください。

② 押印はスタンプ印不可  
記入間違いを訂正する場合は、  
お名前横と同じ印で訂正印を押印ください。

## 記入例

神戸市妊婦健康診査・新生児聴覚検査  
里帰り助成金支給申請書兼請求書

①  
バーコードシール  
を貼付してください

神戸市長 あて  
助成金を申請します。申請内容に不正があった場合は受給額を全額返還することに同意します。  
助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、妊婦健診・聴覚検査受診医療  
機関への支払い内容の確認等を行うことを了承します。

②

申請者	フリガナ	コウベ ハナコ	昭和 年 10月 1 日
	氏名	神戸 花子 (神戸)	平成 3 (28 歳)
現住所	(電話番号 078-000-0000)		
	〒 - 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 2 年 3 月 1 日
	受検児氏名	神戸 太郎	

③

申請金額	金 29,100 円 …①+②
------	-----------------

①妊婦健康診査 申請金額	②新生児聴覚検査 申請金額
金 25,500 円	金 3,600 円

※①,②の金額は、裏面で計算してください。

④

振込先	金融機関名	〇〇〇 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
口座名義人(対) (申請者本人)	コウベ ハナコ		
	神戸 花子		

転送先	転居等により市からの決定通知書の送付を上記以外の住所に希望される場合はご記入ください
	〒 -

⑤

分娩または妊娠の終了日	新生児聴覚検査実施日	
令和2年 3月 1日	※確認検査も行った場合は、その日付 令和2年 3月 6日	
*神戸市記入欄	受理日	決定日
	年 月 日	年 月 日

③ 裏面⑦・⑨の合計金額を記入してください。

⑤ 分娩または妊娠の終了日  
新生児聴覚検査実施日  
を記入してください。

④・ゆうちょ銀行も可。その場合は、振込用の口座番号を記入してください。(支店名は3桁の漢数字です)

・申請者本人の口座を記入してください。  
※旧姓名義不可。(旧姓のものしかない場合は旧姓が確認できる戸籍謄本等を添付してください。)

⑥ **b: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。

例) 領収金額8,000円 と書かれている領収書の金額明細が下記のような場合、「テキスト代と保険分負担金額(3,000円)」は助成の対象外となるため、**b:領収金額** 欄にはそれらを差し引いた、5,000円を記入してください。

【助成対象】定期健診3,500円、NST1,500円 = 5,000円

【助成対象外】テキスト代2,000円、保険分負担金額1,000円 = 3,000円

① 妊婦健康診査 申請金額計算シート

受診日(妊娠週数)	a:受診券金額	<> = =>	b:領収金額	ab どちらか 小さい金額
R 2 年 2 月 1 日 (36 週)	7,000円	>	6,500円	6,500円
R 2 年 2 月 14 日 (37 週)	5,000円	=	5,000円	5,000円
R 2 年 2 月 21 日 (38 週)	10,000円	<	12,000円	10,000円
R 2 年 2 月 28 日 (39 週)	5,000円	>	4,000円	4,000円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
年 月 日 ( 週)	円		円	円
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 c 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

⑦

※申請金額は「ab どちらか小さい金額」欄の金額の合計になります。  
 ※申請金額が「c 受診券(助成上限額合計)金額」よりも高くなることはありません。

② 新生児聴覚検査 申請金額計算シート

A	<input type="checkbox"/> 自動ABR 5,000円(上限) <u>又</u> は <input type="checkbox"/> OAE 3,000円(上限)	
B	<input checked="" type="checkbox"/> 検査費用が上限を下回る ※右に金額を記入してください	3,600円
	申請金額…②(A又はBのいずれか少ない金額)	3,600円

⑧

⑨

※余ったバーコードシールは神戸市の乳幼児健診でも使用しますので、同封しないでください。

合計額を  
表面③に記入

⑧ 検査方法によって上限額が異なります。

どちらの検査に該当するかは助成券の医療機関記入欄を確認してください。  
 上限額を下回る場合はB欄に金額を記入してください。