

(様式第1号)

### 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

バーコードシール  
を貼付してください

令和 年 月 日

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。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名	①		平成 ( 歳)
	現住所	〒 区 (電話番号 - - ) 神戸市 区		
聴覚検査	フリガナ		生年月日	令和 年 月 日
	受検児氏名			( 歳)
申請金額		金 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 円		金 円		

※①, ②の金額は、裏面で計算してください。

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		
	口座名義人(か) (申請者本人)				

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

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

(きりとり)

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
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
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 ___ 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 <b>c 受診券 (助成上限額合計) 金額</b> _____ 円				<b>申請金額…①</b>  円

※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 申請額計算シート

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

※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。