

(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 (生活保護適用証明書添付)	
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及び住民基本台帳を閲覧すること、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。
・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		

(神戸市審査欄)

受付	年 月 日
本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他
住基情報	確認日 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
審査結果	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適