

(様式第1号)

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
1か月児健康診査 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

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。
審査内容に不正があった場合は受給額を全額返還します。

申請日 令和 ____年 ____月 ____日

| | | | | |
|---|--------------------|-------------------------|----------|-----------------------------|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 昭和 ____年 ____月 ____日 |
| | 氏名 | | | 平成 ____年 ____月 ____日 歳) |
| | 現住所 | 〒 ____ - ____ | 電話番号 | ____ - ____ |
| 1 か 聴 覚 検 査 受 診 児 | フリガナ | | 生年月日 | 令和 ____年 ____月 ____日 |
| | 受検児 (受診児) 氏名 | | | |
| 申請金額 | | 金 _____ 円 . . . ①+②+③+④ | | |
| 金額内訳 (※) | ①妊婦健診 | ②産婦健診 | ③新生児聴覚検査 | ④1か月児健診 |
| | _____ 円 | _____ 円 | _____ 円 | _____ 円 |

※：裏面の計算シートより転記してください。

| | | | | | | | |
|-----|-----------------|-------------------------|------|-----------------------|-------|-------|-------|
| 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 | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | (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 |

