

(様式第5号)

年 月 日

神戸市長 あて

神戸市初回産科受診料支援事業償還払い申請書

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11条第1項に基づき、下記のとおり申請します。

記

申請者 (受診した本人)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒 神戸市		
	連絡先 (日中繋がる番号)	— —		
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			
受診医療機関				
私は、申請にあたり、審査のため世帯全員の課税状況・生活保護受給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。

※受診に要した費用について下記の振込先に入金願います。

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			

※口座名義人は申請者と同じとなります。

請求金額	請求金額は下記のとおりです。 請求金額 金 円 (上限 10,000 円)
【添付書類】 受診に要した費用に係る領収書 (原本)	

下記の証明欄は領収書がない場合に受診医療機関に記載を依頼してください。

受診に要した費用証明欄 (受診医療機関等において記載してください。)	
受診に要した費用証明書	
受診日	年 月 日
金 円 (上限 10,000 円)	
受診に要した費用 (保険外診療) は上記のとおりであることを証明します。 (※保険診療にかかる費用、選定療養費は助成対象外)	
記載日	年 月 日
所在地	
医療機関名 印	

(神戸市審査欄)

受 付	年 月 日
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