

申請書記入見本

(神戸市ホームページ Excel 版)

※消えるペン不可

訂正する場合は、二重線を引き、二重線の上に重なるように朱肉を使う印鑑で訂正印を押印してください。

バーコードシールがない場合は

10桁の母子手帳番号を記入してください。

(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
1234567890

申請日現在の住所を記入してください。

本市に本市が必要となる場合は、神戸市が住民基本台帳を閲覧すること及び
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 7 年 〇 月 〇 日

申請者	フリガナ	コウベ ハナコ	生年月日	昭和 4 年 1 月 23 日 (平成 32 歳)
	氏 名	神戸 花子		
	現住所	〒 650 - 8570	電話番号	078 - 322 - 6513
		神戸市 中央区 加納町 6 - 5 - 1		

1 か 月 児 健 診	フリガナ	コウベ タロウ	生年月日	令和 7 年 4 月 1 日
	受検児 (受診児) 氏名	神戸 太郎		

申請金額	金 39,600 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
	26,000 円	4,500 円	3,600 円	5,500 円

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							
	口座の種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	(フリガナ) 口座名義人	コウベ ハナコ 神戸 花子								

妊婦健診・産婦健診・新生児聴覚・1か月児健診
の合計金額を記入してください。

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
	令和 年 月

・ゆうちょ銀行の場合は、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)
・申請者本人の口座を記入してください。

Excel 版の場合、
グレーの部分は、
自動計算されます
(裏面の計算シート
が自動反映
されます。)

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。

※助成対象は P.2「2. 妊婦健診受診券の使用方法」をご参照ください。

Excel の場合、グレーの部分は、自動計算されます。

○申請金額計算シート

①妊婦健康診査

受診日（※1）	基本 健診	血液①	血液②	血液③	超音波 ①	超音波 ②	a:領収金額	b:受診券金額 (各受診券右上 の上限金額)	c:abどちらか 小さい金額
令和 7 年 2 月 1 日	1				1		7,000 円	8,000 円	7,000 円
令和 7 年 2 月 14 日	1						5,000 円	5,000 円	5,000 円
令和 7 年 2 月 21 日	1				2		10,000 円	11,000 円	10,000 円
令和 7 年 2 月 28 日				1			5,000 円	4,000 円	4,000 円

例)領収金額9,190円

【助 成 対 象】定期健診5,000円、NST2,000円 =7,000円

【助成対象外】NSTベルト代600円、保険分負担金1,590円 =2,190円

基本健診受診券(上限5,000円)1枚、超音波等その他検査受診券①(上限3,000円)1枚を使用

→ a: 領収金額 7,000円 / b: 受診券金額 8,000円

令和 年 月 日							円		円		円
令和 年 月 日							円		円		円
令和 年 月 日							円		円		円
令和 年 月 日							円		円		円

受診券（医療機関記入済み）

基本健診券	3	枚	血液①券		枚	血液②券	1	枚
血液③券		枚	超音波①券	3	枚	超音波②券		枚

d:受診券（助成上限額合計）金額 28,000 円

申請金額…①（※2） 26,000 円

※1 同日に受診券を複数枚使用したり、領収書が複数枚発行された場合でも、受診日ごとに金額を合算し1行にまとめてご記入ください。

※2 申請金額はc欄の合計です。dよりも高くなることはありません。

分娩または妊娠終了の日 令和 7 年 4 月 1 日

②産婦健康診査（受診したものに☑してください）

		産婦健診実施日	金額（上限額5,000円）
☐	産後2週間用 上限5,000円	令和 年 月 日	円
☒	産後1か月用 上限5,000円	令和 7 年 4 月 29 日	4,500 円
合計申請金額…②			4,500 円

③新生児聴覚検査（いずれかに☑してください）

		新生児聴覚検査実施日 ※確認検査も行った場合は、その日付	金額（上限額：自動ABR 5,000円、OAE 3,000円）
☒	自動ABR 上限5,000円	令和 7 年 4 月 3 日	3,600 円
☐	OAE 上限3,000円	令和 年 月 日	円
申請金額…③（上記いずれかの金額）			3,600 円

④1か月児健診

		1か月児健診実施日	金額（上限額：6,000円）
☒	上限6,000円	令和 7 年 4 月 29 日	5,500 円
申請金額…④			5,500 円

申請金額は
自動で計算
されます。
(表面の申請
金額・内訳に
も自動反映さ
れます。)

どちらの検査方法だったかは助成券の医療機関
記入欄を確認してください。