

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者（出産した方）

住 所 龍ヶ崎市

氏 名

印

生年月日

電話番号

龍ヶ崎市無痛分娩費用助成金交付申請書兼請求書

龍ヶ崎市無痛分娩費用助成金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり龍ヶ崎市無痛分娩費用助成金の交付を申請し、及び請求します。

1 出産の状況

出産日	出産した医療機関名
年 月 日	

2 出産費用及び助成額

無痛分娩に係る対象経費 (a)	助成金限度額 (b)	申請（請求）額 (a) と (b) のいずれが低い額
円	100,000円	,000円

※ 申請額は千円未満を切り捨ててください。

3 助成金の振込先（申請者本人名義の口座に限ります。）

銀行・信金 信組・農協		本店・支店 出張所						
普通・当座	口座番号							
フリガナ								
口座名義人								

4 同意及び誓約事項（内容を確認し、チェックを記入してください。）

- ☐ 私及び配偶者は、本助成金の審査に当たり、市が住民基本台帳及び市税等の納付状況を確認することに同意します。
- ☐ 私は、本助成金の審査に際し、市が医療機関等に対し必要な情報の照会を行うことに同意します。
- ☐ 私は、要綱第3条の規定により無痛分娩のリスクについて十分な説明を受け、理解した上で自己の判断で実施しました。

【添付書類】添付書類を確認し、チェックを記入してください。

- ☐ 龍ヶ崎市無痛分娩費用助成金実施証明書（様式第2号）
- ☐ 医療機関発行の領収書及び診療明細書の写し
- ☐ 振込先口座を確認できる書類（通帳又はキャッシュカード）の写し