

様式第2号（第7条関係）

龍ヶ崎市長 様

龍ヶ崎市無痛分娩費用助成金実施証明書

次の者に対し、当院において無痛分娩（硬膜外麻酔、脊髄くも膜下麻酔又はそれらの併用による分娩）を実施したことを証明します。

1 被証明者（出産した方）

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			

2 実施内容

出産日	年 月 日		
実施の目的	☐ 身体的消耗の軽減 ☐ 心理的負担（不安感、恐怖感等）の軽減		

3 証明医療機関

所 在 地

医療機関名

印

連 絡 先

証明年月日： 年 月 日