

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者（出産する方）

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受領委任払申出書

龍ヶ崎市無痛分娩費用助成金の受領を次の指定医療機関に委任したいので、龍ヶ崎市無痛分娩費用助成金交付要綱第9条第2項の規定により、次のとおり申し出ます。

1 受領を委任する指定医療機関

出産予定日	年 月 日
医療機関名	
所在地	

2 指定医療機関による受任確認欄（受領委任について承諾する医療機関が記入してください。）

上記の者による助成金の受領委任について承諾し、本人に代わって助成金を請求及び受領することに同意します。

医療機関名

代表者名

印

3 同意及び誓約事項（申請者本人が内容を確認し、チェックを記入してください。）

- ☐ 出産後に助成対象外の費用（差額ベッド代等）を含め、助成額を超過した分については、速やかに指定医療機関の窓口で支払うことを誓約します。
- ☐ 本助成金の審査に当たり、市が私及び配偶者の住民基本台帳、市税等の納付状況を確認することに同意します。
- ☐ 本助成金の審査に際し、市が指定医療機関に対し必要な情報の照会を行うことに同意します。
- ☐ 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す。
- ☐ 助成金の返還が生じた場合は、市の指示に従います。