

備前市無痛分娩費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

備前市長 様

下記のとおり、備前市無痛分娩費用助成制度事業実施要綱に基づき、次のとおり関係書類を添えて助成金を申請し、請求します。

記

申請者氏名 (受診者氏名)		生年月日	年	月	日
受診者住所	備前市				
電話番号					
受診医療機関名					
無痛分娩日	令和	年	月	日	(※分娩日より2か月以内の申請であること)
無痛分娩費用 〔麻酔管理料、医療 材料費、薬剤料等〕	円 ※医療保険各法の保険給付適応となるものを除く。				
助成申請額	円 ※無痛分娩費用の3分の2(1,000円未満は切り捨て)、上限20万円				
私が受領する助成金について、下記口座への振込みを依頼します。 (※口座は申請者本人の名義であること。)					
金融機関名	銀行・農協 信用金庫・労働金庫		本店(所)・支店(所) 出張所		
口座番号	普通	・	当座		
(フリガナ)					
口座名義人					

なお、以下の内容に同意します。
 必要に応じた、妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と備前市とが情報共有すること。
 納税状況等の照会。(※滞納がある場合は、助成対象外となります。)
 分娩日には備前市に住民票があり、かつ引き続き定住する意思があります。
 また、無痛分娩費用について、他の地方公共団体から補助金等の交付を受けてないことを誓約します。

- 【添付書類】 無痛分娩に係る医療費が証明できるもの
 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー(口座確認用)
 【市確認欄】 申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の確認
 マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証(両面)、住民票等
 滞納状況(有・無) 分娩日の区分(住民・非)

市記入欄

決定年月日	年 月 日 承認 ・ 不承認	收受印
助成決定額		
受 付 者		