

下仁田町無痛分娩費助成金交付申請書

平成 年 月 日

下仁田町長 様

申請者 住所 下仁田町大字 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

下仁田町無痛分娩費助成要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり助成金の交付について申請します。

記

太枠内を記入してください。

|  |                         |                              |            |      |                |  |
|--|-------------------------|------------------------------|------------|------|----------------|--|
| 助成対象者  | フリガナ                    | 生年月日(年齢)                     | 加入している医療保険 |      |                |  |
|  | 氏名                      |                              | 年月日(歳)     | 名称   |                |  |
|  |                         |                              |            |      |                |  |
| 住所   | 〒370-26 _____<br>下仁田町大字 |                              | 電話         | ( )  |                |  |
| 無痛分娩に要した麻酔管理料、医療材料費、薬剤料等<br><br>(注意) 医療保険各法の保険給付適応となるものを除く |                         | 金 _____ 円                    |            |      |                |  |
| 助成金振込先<br>※5   | 金融機関名                   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農業協同組合 |            |      | 本店<br>支店<br>支所 |  |
|  | 預金種別                    | 1 普通預金                       | 2 当座預金     | 口座番号 |                |  |
|  | フリガナ                    |                              |            |      |                |  |
|  | 口座名義人                   |                              |            |      |                |  |

※口座名義人は、申請者と同一としてください。また、通帳表紙裏面のコピーを添付してください。

町処理欄

|      |        |       |        |       |
|------|--------|-------|--------|-------|
| 区分   | 決定     | 決定年月日 | 対象支払金額 | 交付決定額 |
| 無痛分娩 | 交付・不交付 | 年 月 日 |        |       |