

下仁田町無痛分娩費助成金交付申請書

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			名称	
		年 月 日 (歳)			
住 所	〒370-26 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 (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 ※5	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 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		