

様式第1号（第6条関係）

いすみ市無痛分娩費助成金交付申請書

年 月 日

いすみ市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
E-mail

いすみ市無痛分娩費助成金の交付を受けたいので、いすみ市無痛分娩費助成要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

助成対象者	フリガナ		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	〒	電話番号	
	加入している医療保険（名称）			
助成金申請額（無痛分娩費用×1/2）		円 ※上限10万円・1,000円未満切捨て		
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫（組合） 労働金庫・農協・漁協		本店・支店・支所
	種 別	1 普通 2 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※口座名義人は、申請者と同一としてください。

添付書類

- (1) いすみ市無痛分娩費助成事業医療機関証明書（様式第2号）
- (2) 出産した医療機関発行の領収書及び明細書の写し
- (3) 妊婦及び配偶者に市税等の滞納がないことを証する書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

同意欄

- 1 いすみ市無痛分娩費助成金の申請に当たり、市が私の住民基本台帳の閲覧及び市税等の納付状況等を確認することに同意します。
- 2 いすみ市以外で妊娠の届出をした場合は、届出をした市町村に確認することに同意します。
- 3 加入している医療保険の被保険者又は被扶養者であることを保険者に確認することに同意します。
- 4 医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた額が払い戻される高額療養費等について、保険者に照会することに同意します。
- 5 分娩の状況などについて、医療機関等に照会することに同意します。
- 6 助成金の交付決定を取り消された場合は、支給された助成金を返還します。

年 月 日

いすみ市長 様

氏名（署名）

いすみ市記入欄

債権者登録状況 新規・有・無（無の場合 本人確認書類等（写）の添付又は目視等による確認）
本人確認 確認者（ ） 運転免許証 個人番号カード （ ）
在籍確認 確認者（ ） （ ）