

大子町無痛分娩費助成金交付申請書

年 月 日

大子町長 様

申請者 住 所 大子町大字

氏 名 印

大子町無痛分娩費助成要綱第7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	氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	加入している医療保険
	住所	〒319- 大子町大字		電話
助成金額	無痛分娩に要した麻酔管理料、医療材料費、薬剤料等		①	円
	助成金額の計算 ①÷10×9		②	円
	助成金申請金額		②の金額のうち、1,000円未満を切り捨てた金額	
添付書類	<input type="checkbox"/> 大子町無痛分娩費助成事業医療機関証明書（様式第2号） ※ 医療機関発行の領収書等で「出産に要した費用の内、無痛分娩に係る医療保険各法の保険給付適用とならない費用」が確認できる場合は、その写しを提出することで省くことができます。 <input type="checkbox"/> 出産した医療機関発行の領収書及び明細書の写し <input type="checkbox"/> 大子町無痛分娩費助成金交付申請に係る同意書（様式第3号） <input type="checkbox"/> 町長が必要と認める書類			

定住意思表示

私は、引き続き大子町内に定住する意思があることをここに表明します。

年 月 日

氏名

町処理欄

町税の滞納	税務課確認
有・無	