様式第１号（第６条関係）

みなかみ町無痛分娩費用助成金交付申請書

　　　　　　　　　　年　　月　　日

みなかみ町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　みなかみ町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（助成対象者との関係：　　　　　）

　みなかみ町無痛分娩費用助成金交付要綱第６条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請します。

　なお、この申請に伴い私が住民基本台帳に登録されていること及び町税等の滞納状況について調査することに同意します。

＜助成対象者＞　申請者と同じ場合は※の記入は不要です。

※

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 電話番号 |  |
| 住　所  ※ | みなかみ町  ※ | | |

＜交付申請金額＞

|  |  |
| --- | --- |
| **交付申請金額** | **円** |

＊内　訳＊

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支払済額 | 上限基準額 | 申請金額 |
| 円 | 100,000円 | 円 |

＜振込口座＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　行  信用金庫  信用組合  農　　協 | 支店名 | 本　店  支　店  支　所 |
| 預金の種類 | １．普通　　２．当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | 口座名義人 |  |

＜添付書類＞

①　医療機関が発行する無痛分娩費用の領収書及び明細書又は支払証明書の原本

②　みなかみ町無痛分娩費用助成事業医療機関証明書（様式第２号）

※①で無痛分娩に係る保健診療適用外負担金額が確認できる場合は、②は提出不要です。

③　振込先の金融機関、支店及び口座を確認することができる通帳等の写し

④　その他町長が必要と認めた書類