

神栖市長 様

神栖市無痛分娩費用助成金交付申請書兼請求書

神栖市無痛分娩費用助成金交付要項第 7 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求します。

助成対象者	氏名	(フリガナ)	生年 月日	年 月 日
	住所	〒 ー 神栖市		
	電話番号			
助成金申請・請求額 (助成対象経費 × 1 / 2)		円 ※上限 5 万円・1,000 円未満切捨て		
振込先	金融機関	銀行 金庫 組合	支店名	店 支所 出張所
	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			

※助成対象者本人名義以外の口座は指定できません。

添付書類

- (1) 医療機関が発行する無痛分娩費用の領収書（又は支払証明書）及び明細書の写し
- (2) 神栖市無痛分娩費用助成金に係る医療機関証明書（様式第 2 号）
※（1）で医療保険各法の保険給付適用とならない無痛分娩に係る費用を確認できる場合は、（2）は提出不要
- (3) 助成金の振込先口座を確認することができる通帳やキャッシュカード等の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類

（裏面に続く）

同意欄

1. 神栖市無痛分娩費用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税情報等を確認することに同意します。
2. 令和8年4月1日以降の無痛分娩による出産です。
3. 出産日から現在まで引き続き本市に居住しており、今後も定住の意思があります。
4. 市税等の滞納には該当していません。
5. 本申請における無痛分娩に関して、医療機関から無痛分娩の方法やそのリスクについて説明を受け、十分に理解・合意をした上で無痛分娩を選択しました。
6. 助成金の交付決定が取り消された場合には、助成金を返還します。

年 月 日

神栖市長 様

氏名（署名）

※神栖市記入欄

1	申請者・口座名義人確認（無痛分娩により出産した本人）	
2	住基確認（申請者の住定日が子の誕生日より前）	
3	申請期限確認（出産した日の翌日から3か月以内）	
4	領収書及び明細書確認（無痛分娩費用）	