

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

取手市長 殿

取手市無痛分娩費用助成金交付申請書兼請求書

取手市無痛分娩費用助成金交付要綱第 6 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。

1 申請者（助成対象者）

氏名	(フリガナ)		生年 月 日	S H	年 月 日
住所	〒 ー				
	取手市				
電話番号		メールアドレス			

2 助成金申請・請求額

助成金の額	助成対象経費	円 (A)
	(A)の1, 000円未満切り捨て額	円 (B)
	助成限度額	100,000円 (C)
	助成金申請・請求額	(B), (C)のいずれか少ない金額 円

3 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) 取手市無痛分娩費用助成事業医療機関証明書（様式第 2 号）
- ※（1）で出産に要した費用のうち，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）

4 振込口座

金融機関	☐ 銀行 ☐ 組合 ☐ 金庫 ☐ （ ）				☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 支所 ☐ 出張所				
	金融機関コード					支店コード (店番)			
預金種別	☐ 普通預金 ☐ 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。

5. 申請に当たっての確認・同意事項

確認・同意事項 (注)チェックできない項目がある場合は申請できません。		同意欄 (✓チェックしてください)
1	市が、私の住民基本台帳、税情報等を確認することに同意します。	
2	令和7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	市税等の滞納や暴力団員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。	

※取手市記入欄

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出生日より前）	
3	申請期限確認（出産した日の翌日から3ヶ月以内）	
4	領収書及び明細書確認（無痛分娩費用）	