

鹿嶋市長 様

申請者（住所）

（氏名）

（助成対象者との関係）

鹿嶋市無痛分娩費用助成金交付申請書兼請求書

令和8年度鹿嶋市無痛分娩費用助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

助成対象者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒	
	電話番号	()	
出産した日		年 月 日	
無痛分娩を実施した医療機関名			
助成金額	無痛分娩に要した費用 ※検査費用や部屋代は除く	円…①	
	① × 1/2 ※1,000円未満切り捨て	円…②	
	助成限度額	50,000円…③	
	助成金申請及び請求額 …②と③のいずれか少ない額	円	

助成金については、以下の口座への振り込みを依頼します。

振込口座	金融機関コード					支店コード				
	金融機関名	銀行 金庫 組合				本店 支店 出張所			普通・当座	
	口座番号					フリガナ				
委任状	鹿嶋市無痛分娩費用助成金の受領に関し、下記の者に委任します。									
	委任者（申請者）	氏名	_____							
	受任者	氏名	_____							

申請に当たっての添付書類（添付した書類に✓をしてください。）

無痛分娩費用の領収書及び明細書

鹿嶋市無痛分娩費用助成金医療機関証明書（様式第2号）

※無痛分娩費用の明細（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提出不要

その他市長が必要と認める書類

申請に当たっての確認事項（確認した事項に✓をしてください。）

出産日から現在（申請日）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。

夫婦のいずれかが、出産日の1年以上前から本市に住所を有しています。

※未婚の場合は、産婦本人の状況を申告

世帯員全員に、市税等の未納がありません。

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。

市が、私及び私の世帯員全員に関する、住民基本台帳及び税情報等を確認することに同意します。

助成対象者（産婦）氏名

世帯員 氏名

世帯員 氏名

世帯員 氏名
