

阿賀町無痛分娩費用助成金交付申請書

年 月 日

阿 賀 町 長 様

住所 阿賀町

申請者

氏名

電話番号

下記のとおり、無痛分娩費用の助成を申請します。

☐助成要件確認のため、申請者の住民基本台帳、町税等の納税状況等の確認、医療機関、調剤薬局等へ必要事項を確認することについて同意します。

対 象 者 氏 名		
生 年 月 日		年 月 日
住 所		阿賀町
無 痛 分 娩 に 要 し た 金 額		円
助 成 額		円
振込先	金 融 機 関 名	銀行 ・ 信組 ・ 金庫 ・ 農協 本店 ・ 支店 ・ 出張所
	預 金 種 別	普通 ・ 当座
	口 座 番 号	
	フ リ ガ ナ	
	口 座 名 義 人	

※申請者と口座名義人は同じ方になります。

※ 出産にかかった費用の領収書及び明細書(原本)を添えて申請してください。