

様式第1号（第6条関係）

中之条町無痛分娩費助成金交付申請書

年 月 日

中之条町長 宛

申請者
住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり、中之条町無痛分娩費助成金を申請します。
また、必要事項として「町税納入状況の閲覧」「住民情報の閲覧」について、
担当係員が調査することに同意します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
無痛分娩費の内訳	出 産 日	年 月 日		
	医 療 機 関 名			
	無痛分娩に要した費用 (麻酔管理料、医療材料費、薬剤料等)	円		
	助 成 金 申 請 額 (かかった費用の 1/2 1,000 円 未満切り捨て上限 100,000 円)	円		

振込先 金融機関	金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名義				

※口座名義人は申請者と同一にしてください

添付書類：領収書、診療明細書、無痛分娩証明書

町処 理欄	納付状況（滞納）有・無	住民登録
	署名	署名

中之条町無痛分娩費助成事業申請要領

【事業の目的】

この事業は、無痛分娩により出産することを望む妊婦の無痛分娩に伴う経済的負担を軽減するために実施します。

【補助金の対象等】

- (1) 無痛分娩を実施した日において、中之条町の住民基本台帳に記録されている者で引き続き定住の意志があること。
- (2) 医療保険各法の規定する被保険者又は被扶養者であること。
- (3) 町税等に滞納がないこと。

上記要件を満たしたものとします。

【助成金額】

お支払いした無痛分娩費用に2分の1を乗じた額を補助します。

- (1, 000円未満の場合には、切り捨てになります)

限度額は、1回の出産につき10万円です。

費用は、以下の医療保険各法の保険給付適応とならない無痛分娩に係るものになります。

- ア 麻酔手技及び管理料
- イ 持続注入手技料
- ウ 医療材料費
- エ 薬剤料
- オ その他町長が必要と認めた料金

- ※ 提出書類は「交付申請書（様式第1号）」「医療機関証明書（様式第2号）」、
出産した医療機関発行の領収書の写しです。
ただし、無痛分娩費用の明細が明らかになる場合は、第2号の書類は省略できます。

- ※ 出産した日から起算して1年以内に申請してください。

「無痛分娩とは」

麻酔薬を使い、陣痛の痛みをやわらげながら出産する方法で、出産に伴う妊婦の体力消耗や不安感、恐怖感など極力低下させることを目的とした分娩方法です。