

聖籠町出産費用支援交付申請書

年 月 日

聖籠町長 様

次のとおり、出産費用支援の交付を申請します。

なお、出産費用支援に係る審査に必要な事項（住民基本台帳、医療機関の支払内容等について、関係機関等に確認することに同意します。

申請者	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名		出産した者との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 他（ ）		
	住所			電話番号		
出産した者	※申請者が出産した者である場合は、「出産した者」の欄は記入不要です。					
	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名		電話番号			
	住所	1 申請者と同じ 2 申請者と別住所（ ）				
法定給付等	出産育児一時金を申請した健康保険等の名称					
	出産育児一時金以外の給付、付加金等の受給		1 受けている（金額： ） 2 受けていない			
出産児状況	※妊娠 85 日以上の流産・死産の場合、記入不要です。					
	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名		出産した者との続柄			
振込先	指定金融機関	銀行・信金・労金 信組・農協・漁協		本店 支店	口座種別	普通 ・ 当座
	口座番号			口座名義人（カタカナ）		
委任の場合のみ記入 （口座名義人が申請者以外の場合）		出産費用助成を受けるに当たり、上記の口座名義人に受領を委任します。 申請者氏名：				

支給額	出産費総額	
	一時金額	
	その他	
	助成額	