

様式第1号(第4条関係)

大郷町出産費用助成金支給申請書兼請求書

大郷町長 殿

以下のとおり、出産費用助成金の支給を申請するとともに、必要な書類を提供すること及び町が審査に伴う公簿等の確認・調査並びに誤字脱字などの軽微な訂正・補記を行うことに同意します。
決定した助成額については、下記口座にお振込みください。

※太枠内を記入してください。				申請日	年	月	日
申請者 (出産した方)	フリガナ			生年月日	年	月	日
	氏名	印			年	月	日
	住所	電話 ()					
出生児	※流産・死産の場合は、記入不要です。						
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	年	月	日	年	月	日
医療機関名				出産状況	自然分娩 ・ 帝王切開 その他()		
付加給付の有無 ※出産育児一時金を除く (不明な場合は加入中の健康保険組合や会社の福利厚生担当へお聞きください)					有()円 無		
振込先	金融機関名称	農協 銀行 信金 信組	本店 支店	口座番号			
	種別	普通 ・ 当座		口座名義 (カタカナ)			
申請額		円		助成額	円		

↓町使用欄(記入しないでください)

添付書類・不備不足書類			助成額計算	出産費用(A)	円	支給可否
添付	不備	書類名		出産育児一時金(B)	円	
☐	☐	加入する健康保険情報がわかる書類		付加給付金(C)	円	支給 ・ 不支給
☐	☐	領収書		その他(D)	円	
☐	☐	出産育児一時金の支給がわかる書類		仮計算 (A－(B+C+D))	円	
☐	☐	付加給付の支給がわかる書類		出産費用上限額	円	
☐	☐	振込先の口座番号がわかる書類				
☐	☐	その他()				