

出産費用助成金交付申請書

士幌町長 様

以下のとおり、出産費用助成金の交付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				年	月	日			
	住所			電話 ()						
※妊娠85日以上の出産・死産の場合は、記入不要です。										
出生児	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		自然分べん ・ 帝王切開 無痛分べん ・ その他					
健康保険組合からの付加給付の有無 ※出産育児一時金を除く。 (加入されている健康保険組合へ御確認ください。)					有 () 円 無					
振込先	金融機関名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 本所	口座番号						
	種別	普通 ・ 当座		名義 (カタカナ)						
申請額		円		助成額		円				

(添付書類)

- 出産をしたことが分かる書類の写し
- 助成対象費用を支払ったことが分かる書類の写し
- 出産育児一時金が支給されたこと又は支給を受けることが分かる書類の写し
- その他の給付金が支給されたこと又は支給を受けることが分かる書類の写し
- 出産をした者が医療保険の被保険者又は被扶養者であることが分かる書類の写し
- その他町長が必要と認める書類