

## 出産費用助成金交付申請書

千代田区長 殿

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区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	フリガナ				
	氏名	生年月日	年	月	日
	住所	出産した母との続柄	本人 ・ 配偶者 その他( )		
		電話	( )		
医療機関名		出産状況	自然分娩 ・ 帝王切開 その他( )		
出産した母	※申請者が「出産した母」である場合、記入不要です。				
	フリガナ			申請できない理由	
	氏名				
	生年月日	年	月	日	
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
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	銀行 信用金庫 ( ) 信用組合	本店 ( ) 支店	口座番号	名義 (カナ 漢字)
	種別	普通 ・ 当座			
	申請額	円		助成額	円

※訂正する場合は、二重線で消して（修正液等不可）、正しい内容がわかるように記入してください。

↓職員使用欄（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	円	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		出産したことがわかる書類	円	支給 ・ 不支給
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		出産育児一時金の支給がわかる書類	円	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		領収書	円	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		加入する健康保険情報がわかる書類	円	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		付加給付の支給がわかる書類	円	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		その他 ( )	円	