

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			生年月日	年		月		日		
	氏名			出産した母との続柄	本人・配偶者・その他()						
	住所			電話		()					
医療機関名				出産状況	自然分娩 ・ 帝王切開 無痛分娩 ・ その他						
他制度の給付	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ご確認ください)				有 () 円 無						
	「里帰り出産等新生児聴覚検査費用助成」の給付の有無				有 ・ 無						
	無痛分娩費用の助成(東京都)の給付の有無				有 () 円 無						
	高額療養費の該当の有無				有 ・ 無						
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	※死亡・離婚など、やむを得ない事由に限ります。						
	氏名										
生年月日	年		月		日						
出生児	※妊娠85日以上の子の出産・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						
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						
	種別	普通 ・ 当座			名義 (カナ 漢字)						
	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。

※振込先の口座名義人が申請者と異なる場合は、別途委任状の提出が必要です。