

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								
	(加入されている健康保険組合へご確認ください)			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			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									
	氏名											
生年月日	年 月 日	※死亡・離婚など、やむを得ない事由に限ります。										
出 生 児	※妊娠85日以上の流産・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										
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。