

決裁	課長	課長補佐	主任	係	支給決定年月日	支給決定額
						円

出産育児一時金支給申請書

被保険者証 記 号 番 号	香川47 ー	母 親	氏 名	
			生 年 月 日	年 月 日
分娩年月日	年 月 日		資格取得年月日	年 月 日
分娩の種類	出産 死産	出生児	氏 名	

上記によって、出産育児一時金 円 を申請します。

令和 年 月 日

世帯主の ー

住 所 三豊市

氏 名

TEL

三豊市長 様

出産又は死産に 関する医師・助 産師の証明 ※1	年 月 日に 出産・死産したことを証明する	医師又は 助産師の 住所氏名	印
--------------------------------	--------------------------	----------------------	---

※1 出生届を出された方は、医師・助産師の証明は省略できます。

※2 「直接支払制度を利用する(しない)旨」の医療機関との合意文書の写が必要です。

振込先	金融機関名	銀行 支店	カ ナ 名 義 人 (世帯主)	
		香川県農協 支店		
	預 金 口 座	普 通 当 座	口座番号	

【口座振込委任欄】

上記の支給の受領方を口座名義人 に委任し上記口座に振り込まれますようお願いします。

令和 年 月 日

世 帯 主

印

支 所 处 理 欄	出 産 (死産) 届 出 書	申請書 受理者
	受 理 日 証明者	