

出産育児一時金支給申請書

被保険者証番号											
分 娩 者	氏 名										
	生年月日	年 月 日	個人番号								
	分娩年月日	年 月 日	産科医療保障制度の適用	有・無							
分娩場所 (病院名等)											
		年 月 日									
砥部町長 様		上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。									
		申請者 住 所 ..... (世帯主) 氏 名 ..... 個人番号 ..... 電話番号 ..... — .....									
分 娩 の 確 認 ※	1	母子健康手帳等	(								)
	2	戸 籍 等	(								)
	3	住 基 等	(								)
	4	そ の 他	(								)

※欄は、記入しないでください。

下記の口座に振込みをお願いします。(世帯主名義のもの)

振込指定金融機関		種別	口座番号	フリガナ 口座名義人
銀行	本店(所) 支店(所) 出張所	普通 当座		
信用金庫 農協				