

年 月 日

飯豊町長 様

飯豊町出産費用助成事業助成金支給申請書

飯豊町出産費用助成事業助成金の支給を申請します。なお、審査のための住民登録等の確認について飯豊町職員が調査することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日								
	氏名		出産した者との続柄	本人・配偶者・他()								
	住所	飯豊町		電話番号								
出産した者	※ 申請者が出産者である場合は、「出産した者」の欄は記入不要です。											
	フリガナ		生年月日	年 月 日								
	氏名											
	住所	1 申請者と同じ 2 申請者と別住所()										
法定給付等	出産育児一時金を申請した健康保険等の名称		(金額： 円)									
	出産一時金以外の給付、附加金等の受給		1 受けている (金額： 円) 2 受けていない									
出産状況	医療機関名											
	1 普通分娩 2 無痛分娩 3 流産・死産 (週) 4 その他											
児の状況	フリガナ											
	子の氏名											
	生年月日	年 月 日										
	住 所	1 申請者と同じ 2 申請者と別住所()										
補助金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店	金融機関コード				店番				
	フリガナ				普通預金							
	口座名義(申請者)	申請者本人の名義に限る			口座番号							