

出産支援金交付申請書

フリガナ		男・女	生年月日	平成	年	月	日
出産児氏名							
申請金額 〔 〕内に記入	出産育児一時金(附加給付を含む)			交付金額			
	46万円	－	〔 〕円	=	〔 〕円		
母の加入医療保険	記号番号			保険者名			
	取得(認定)年 月 日	平成	年	月	日	保険者番号	
	フリガナ			母の資格	被保険者本人 ・ 被扶養者		
	被保険者名			母の氏名			
振込先	銀行 ・ 信用金庫 農協 ・ 信用組合 ()			口座番号			
	店・支店			フリガナ			
	種目	普通 ・ 当座 ()		名義人			
(あて先) 西尾市長 令和 年 月 日							
住所							
申請者 (父又は母) 氏名 ㊟							
電話番号 () -							



※ 申請されても、審査の結果によっては交付されない場合があります。

<p>私は、出産支援金の交付に必要な関係公簿の調査及び医療保険者への問い合わせを西尾市が行うことについて同意します。(※)</p> <p style="text-align: right;">申請者 ㊟</p>	
---	--

※同意されない場合は、出産支援金を交付することができません。

職権調査欄

住民となった日	父	年	月	日	母	年	月	日
出産育児一時金				附加金				