

# 足立区出産費助成金支給申請書

（提出先） 足立区長

次のとおり、足立区出産費助成金の支給を申請します。

認定等のための公簿等の確認、調査、必要書類の提出及び誤字・脱字などの軽微な訂正・補記については、区役所職員が行うことに同意します。

太枠内をご記入ください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください

		申請年月日	年	月	日		
申請者	フリガナ	生年月日	年	月	日		
	氏名	申請者（原則は母）の氏名	出産した母との続柄	本人・配偶者・その他（ ）			
	住所	必ず電話番号を記入してください 電話（ ）					
付加	健康保険組合からの付加給付の有無 (不明な場合は加入中の健康保険組合にご確認ください)		有 ・ 無				
出産した母	※申請者が出産した母の場合、「出産した母」に関する欄は記入不要です。						
	フリガナ	申請者が母以外の場合に記入	申請できない理由	例：母死亡、母重篤な疾病のため等			
	生年月日	年	月	日			
出産した子ども	※流産・死産の場合は、氏名欄に斜線を引いてください（「出産児」に関するその他の項目は記入不要です。）。						
	フリガナ	フリガナ	氏	死産・流産の場合は斜線を引き、生年月日は記入不要			
	生年月日	年	月	日	生年月日	年	月
振込先	金融機関名	銀行 本店	口座種別	普通			
	番号：	番号：	口座番号				
	口座名義 [カタカナで記入] (申請者名義)						

※訂正される場合は、二重線で消して（修正液等不可）申請者（原則、母）名義の口座 ください。

※審査欄（記入しないでください）

添付書類・不備書類（流産・死産の申請について）		助成金計算表	対象人数	人
添付書類	不備		出産費用	円
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		一時金	円
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		付加給付金	円
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		高額療養費	円
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		その他（ ）	円
			助成額	円
收受印	備考 来庁者（母 父 その他_____）	支給		不支給
		認定番号		
		受付	入力	
		審査	点検	