第１号様式（第４条関係）

出産育児一時金支給申請書

年　　月　　日

（宛先）柳井市長

郵便番号

世 帯 主　　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　印

電話番号

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者　記号番号 | | 山１２ | | | 分娩年月日 | | | | | 年　　月　　日 |
| 出産場所 | |  | | | 分娩の種類 | | | | | 生 産 ・ 死 産 |
| 出生児と世帯主との続柄 | |  | | | 死産の妊娠週数 | | | | | 週 |
| 分娩した被保険者氏名 | | |  | | | | | | | |
| 出生児氏名 | | |  | | | | | | | |
| 分娩に関する医師 又は助産師の氏名 | | |  | | | | | | | |
| 世帯主の振込希望の金融機関名 | 銀行　　　　　支店  信用金庫　　　　店  農協　　　　　支所 | | | | | 普通  当座 | 口座番号 | |  | |
| フリガナ名義人 | |  | |
| 口座名義  (世帯主) | |  | |
| 国民健康保険税 | | 済・未 | | 年　　月　　日 | | | | 担当者 |  | |
| 分娩の事実を　　母子手帳出生届死産届住民票　　により確認 | | | | | | |  | | | |
| 確認者印 | |  | |