

新発田市第3子以降出産費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 新発田市長

次のとおり、第3子以降出産費助成金の交付を申請します。

なお、第3子以降出産費助成に係る審査に必要な事項(住民基本台帳、医療機関の支払い内容等)について、関係機関等に確認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	新発田市		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					
	出産育児一時金以外の給付、附加金等の受給	1 受けている(金額: ) 円 2 受けていない					
出産児状況	※ 出産状況が2又は3の場合は、記入不要です。						
	1 出産	フリガナ		生年月日	年	月	日
	2 流産	氏名					
	3 死産	住所	1 申請者と同じ 2 申請者と別住所( )				
出産児以外の児童	フリガナ	申請者との続柄	生年月日	申請者との同居又は別居の別	住所(別居の場合のみ記入)		
	氏名		年 月 日	同・別			
			年 月 日	同・別			
			年 月 日	同・別			
			年 月 日	同・別			

振込先	指定金融機関	銀行・信金・労金 信組・農協・漁協	本店 支店	口座種別	普通・当座
	口座番号	口座名義(カタカナ)			

委任の場合のみ記入(口座名義が申請者以外の場合) 出産費助成を受けるにあたり、上記の口座名義人に受領を委任します。  
申請者氏名:

申請受理日	年 月 日	支給額	出産費総額	
決定日	年 月 日		一時金額	
			その他	
			助成額	