

別記
第1号様式(第5条関係)

新発田市第3子以降出産費助成金交付申請書

年 月 日

新発田市長 様

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	----- (印)		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	
	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 3 死産	氏名	-----			
	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: (印)			

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	