



出産育児一時金		支給申請書																			
(宛先)高松市長 令和〇年×月△△日 次のとおり申請します。				振込先	金融機関名 香川銀行 香川農協	金庫組合 高松	支店 出張所	預金種別 口座番号	普通	預金No.	1	2	3	4	5	6	7				
被保険者証	記号	香川 1					世帯主 (申請者)	住所	〒760-8571 高松市番町1丁目8-15												
	番号	1	2	3	4	5		6	7	フリガナ	タカマツ タロウ 高松 太郎 (みとめ印で可) ㊞										
								個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
								日中連絡のとれる電話番号	087-839-2311												
請求金額								円													
出産者 (被保険者)	氏名							高松 花子													
	個人番号							2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3		
出生年月日								令和 元年 5月 10日													
出生児氏名								(フリガナ) タカマツ ジロウ 高松 次郎													
世帯主との続柄								子													
出産・死産の別								出産 死産													

届出人 (窓口に来られた人)	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 出産者 <input type="checkbox"/> 同一世帯員(氏名のみご記入ください。) <input checked="" type="checkbox"/> 代理人 (下記をすべてご記入ください。)										
	住所	坂出市林田町8-15									
	氏名	坂出 良子					世帯主との続柄	母			

職員記入欄									
本人確認		個人番号確認				受付		確認及び添付書類	
確認書類	免・個・住・パ・在 保・高齢・通・キャ・診	確認書類	1. 番号カード 2. 番号通知カード 3. 住民票等(番号入)		確認書類	不明 拒否 他()	本庁 支 出	1. 住民基本台帳 2. 母子手帳 3. 埋火葬許可証	
担当確認欄									
直接支払制度		産科医療補償制度		妊婦負担合計額		資格確認		備考	
利用する		有(スタンプ)		円					
利用しない		無							