

受付

| 出産育児一時金 | | 支給申請書 | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------|----------------------|-------------|----|------|-----------------------------------|----|--|--|
| 出産者 | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| 出生年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 出産・死産の別 | | 出産 死産 | | | | | | | | | |
| 請求金額 | | 円 | | | | | | | | | |
| 振込方法 | | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する | | | | | | | | | |
| | | 振込先 | 金融機関名 | 銀行 金庫 支店 農協 組合 支所 | | | | | | | |
| | | | 預金種別 | 口座番号 | | | | | | | |
| | | | フリガナ 口座名義人 | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり、出産育児一時金の支給を申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>(宛先)高松市長</p> <p style="text-align: center;">申請者(世帯主)</p> <p style="text-align: center;">住所 高松市</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> | | | | | | | | | | | |
| 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 type="checkbox"/> 代理人 (下記をすべてご記入ください。) | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | 世帯主との 続柄 | | | | | | |
| 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 資等・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 | | 1. 住民基本台帳 2. 母子手帳 3. 埋火葬許可証 | | | |
| | 支・出 | | | | | | | | | | |
| 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 | | 円 | | | | | | | |
| 利用しない | | 無 | | | | | | | | | |
| 被保険者記号番号 | | 香川 1 | | | | | | | | | |