

様式第7号(第9条関係)

出産育児一時金支給申請書

年 月 日

島本町長 様

申請者(世帯主) 住所

氏名

印

個人番号

電話番号

記

被保険者証記号番号		島国 第 号
生まれた子	氏名	性別 男・女
	個人番号	
	生年月日	年 月 日
分娩者	氏名	
	個人番号	
	生年月日	年 月 日
分娩の種類		正常・()
証明欄		
上記のとおり出生の届け出があったことを証明します。		
年 月 日		
戸籍事務担当者 氏名		印
医師の氏名		印

申請・請求金額	金 円
---------	-----

なお、請求金額は、下記の口座に振り込んでください。

振込みがなされたときは、その金額にかかる債権が弁済されたものとします。

振込先	金融機関名		預金種別
	口座番号		1普通 2当座 3その他
	口座名義人	カナ	
		漢字	