

支出・支給 決定伺	課長	課長補佐	係 長	主査	係	金 額
						420,000円 404,000円 差額支払

出産育児一時金支給申請書

福 智 町 長 殿

受 診 証 記 号 番 号	083	出生児氏名		男・女
分 娩 年 月 日	年 月 日	他保険等からの給付(母親)		有 ・ 無
死産のとき		平成 年 月 日		
出産もしくは死産に関する 助産婦、医師又は市町村長の証明		福智町長	嶋野 勝	

申 請 金 額	¥420,000-	*¥420,000の場合書類の有・無
	¥404,000- 差額	*差額支払いの場合費用明細書の有・無
振込先金融機関	銀 行 信用金庫 農 協	本店 1. 普通 支店 2. 当座
口 座 番 号	(フリガナ)	()
	口座名義人	

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

世帯主住所

氏 名

印

世帯主マイナンバー