

出産費用助成費支給申請書

決定番号

(あて先) 港区長

Application Form for Subsidy of Childbirth Expenses

下記のとおり、出産費用助成費の支給を申請するとともに、審査のための住民登録等の確認および、出産育児一時金決定金額の確認に同意します。

			年 月 日申請		
請 求 者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	印	児童との続柄	父・母・()	
	住所	港区		連絡先	1請求者 2配偶者
	前住所			連絡者電話番号	()
				自宅電話	
				携帯電話	
			転入年月日	年 月 日	
配偶者氏名	氏名	配偶者	請求者と同じ・		
生年月日	年 月 日	住所			
			配偶者の有無	有・無	
出産した 病院名				出産状況	1自然 2帝王切開 3死産
出 産 し た 子 ど も	フリガナ	続柄	生年月日	住 所	
	氏名	子	年 月 日	請求者と同じ・	
振 込 先	名称	銀行 信用金庫 信用組合	支店	金融機関 番号	店番
	フリガナ	請求者本人の名義に限る			普通預金 口座番号
	口座名義(請求者)				

不 足 書 類	健康保険証の写し(母)	助 成 額 計 算	出産費用(A)	円	
	出産時の入院領収書および明細書(写)		高額療養費(B)	円	
	出産育児一時金決定通知書または直接支払制度合意文書(写)		出産費用上限(C)	円	
	出産育児一時金付加金支給決定通知書(写)		出産一時金等(D)	円	
	高額療養費支給決定通知書(写)		助成額(C)-(D)	円	
	その他()		住所要件	有・無	
確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 請求者は、出産日の前から出産日以降も、引き続き1年以上、港区に住民登録があります。 <input type="checkbox"/> 請求者は申請日時点で港区に住民登録があります。 <input type="checkbox"/> 子どもは、出生日から港区に住民登録があり、請求者と同居しています。 <input type="checkbox"/> 子どもは、出生日から、1年以内に申請しています。 <input type="checkbox"/> 母が日本の公的健康保険に加入しています。 <input type="checkbox"/> 領収書に領収印(領収済みの確認)があります。 <input type="checkbox"/> 分娩費(出産費)の明細書があります。 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金の付加金制度の有無を、加入している健康保険組合に確認しました。 <input type="checkbox"/> 高額療養費について該当の有無を確認しました。	資格審査	認定年月日	年 月 日	
		公簿確認	住民登録	審査結果	認定・却下
		備考	児・医・出産・児扶 親・育成・特児	受付年月日	
					受付担当者:

※太枠内を記入してください。 記名・押印に代えて署名することができます。