

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<br><br>求<br><br>者             | フリガナ             |                        |                 | 生 年 月 日                        | 年      月      日                              |                                                |            |             |
|                                 | 氏 名              |                        |                 | 児童との続柄                         | 父    ・    母    ・    (                      ) |                                                |            |             |
|                                 | 住 所              | 港区                     |                 | 連絡先<br>連絡者電話番号<br>自宅電話<br>携帯電話 | 1請求者    2配偶者<br>(                      )     |                                                |            |             |
|                                 | 前住所              |                        |                 | 転入年月日                          | 年      月      日                              |                                                |            |             |
| 配偶者氏名<br>生年月日                   | 氏名               | 年      月      日        | 配偶者住所           | 請求者と同じ・                        |                                              |                                                | 配偶者<br>の有無 | 有    ・    無 |
| 出産をした<br>病院名                    |                  |                        |                 |                                | 出産状況                                         | 下記に該当する場合○をしてください。<br>1 帝王切開    2 死産    3 無痛分娩 |            |             |
| 出<br>産<br>し<br>た<br>子<br>ど<br>も | フリガナ             | 続柄                     | 生 年 月 日         | 住      所                       |                                              |                                                |            |             |
|                                 | 氏              名 |                        |                 | 請求者と同じ・                        |                                              |                                                |            |             |
|                                 |                  | 子                      | 年      月      日 |                                |                                              |                                                |            |             |
| 振<br>込<br>先                     | 名 称              | 銀    行<br>信用金庫<br>信用組合 |                 | 支店                             | 金融機関<br>番              号                     |                                                | 店 番        |             |
|                                 | フリガナ             | 請求者本人の名義に限る            |                 | 普通預金<br>口座番号                   |                                              |                                                |            |             |
|                                 | 口座名義(請求者)        |                        |                 |                                |                                              |                                                |            |             |

※出産した子どもの欄について、死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載不要です。

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                                              |                         |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 不<br>足<br>書<br>類 | 健康保険証の写し(母)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 助<br>成<br>額<br>計<br>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(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 資<br>格<br>審<br>査      | 住所要件                                                         | 有    ・    無             |
| 確<br>認<br>事<br>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。<br><input type="checkbox"/> 請求者は申請日時時点で港区に住民登録があります。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 子どもの出生日から、1年以内に申請しています。<br><input type="checkbox"/> 母が日本の公的健康保険に加入しています。<br><input type="checkbox"/> 領収書に領収印(領収済みの確認)があります。<br><input type="checkbox"/> 分娩費(出産費)の明細書があります。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 高額療養費について該当の有無を確認しました。<br><input type="checkbox"/> 都の無痛分娩費用助成についての該当の有無を確認しました。 |                       | 認定年月日                                                        | 年      月      日         |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       | 審査結果                                                         | 認定    ・    却下           |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       | 公簿確認    住民登録    その他(                      )                  |                         |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 備考                    | 児    ・    医    ・    出産    ・    児扶<br>親    ・    育成    ・    特児 | 受付年月日<br><br><br>受付担当者: |

※太枠内をご記入ください。請求者本人が手書きしない場合は、記名・押印して下さい。