様式第4号(第9条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 口座 | 受付 | 受理番号 |
| 　 | 　 | 　 |
| 出産育児一時金支給申請書　　　年　　　月　　　日　　（宛先)　茅野市長 |
|  | 世帯主 | **住所****氏名**　　**個人番号****（電　話　　　－　　　　－　　　　）** |
|  |  |
|  | **出産育児一時金**　　　　　　　**円** |  |
| 上記出産育児一時金の支給を申請します。 |
| 　 | 被保険者記号番号 | 　茅　－ |  |
| 出生児氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 世帯主との続柄 |  |
| 分娩機関名 |  |
| 産科医療補償制度登録 | 有　　・　　無 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関 | * 公金受取口座を利用する（マイナポータル等で登録した口座を利用される方）

※公金受取口座を利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。 |
| * 振込口座を指定する
 |
|  | 銀行信用金庫農協信用組合 | 本店支店本所支所 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 預金種別 | 普通　当座　その他 |
| 口座名義人（カタカナ） |  |
| 委任状 | 支給される費用の額の受領については、口座名義人に委任します。氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　 |