様式第１号(第５条関係)

出産費用助成金交付申請書

申請日　　年　　月　　日

魚沼市長　様

次のとおり、出産費用助成金の交付を申請します。なお、出産費用助成に係る申請に必要な事項(住民基本台帳、医療機関の支払内容等)について、関係機関等に確認することに同意します。

※　太枠内をご記入ください。

申請者	ふりがな		生年月日	年　　月　　日
	氏名		出産した者との続柄	□本人　□配偶者　□他(　　)
	住所		電話番号	
出産した者	※　申請者が出産した者である場合は、「出産した者」の欄は記入不要です。			
	ふりがな		生年月日	年　　月　　日
	氏名		電話番号	
	住所	□申請者と同じ　□申請者と別住所(　　)		
出産状況	(出産した医療機関名)			
	(出産した日) 年　　月　　日 □普通分娩　□帝王切開		(入院期間) 年　　月　　日～　　年　　月　　日 (　　日間) □個室利用あり　＿＿＿＿日間	
加入している医療保険	健康保険の名称 出産育児一時金の付加給付を受けましたか。 □はい　(　　円)　□いいえ			
高額療養費	高額療養費を受給しましたか。　□はい　□いいえ			

振込先	指定金融機関	銀行・信金・労金 信組・農協・漁協　本店 支店	口座種別	普通　・　当座
	口座番号		口座名義人(カタカナ)	
委任の場合のみ記入 (口座名義人が申請者以外の場合)		出産費用助成を受けるに当たり、上記の口座名義人に受領を委任します。 申請者氏名：　　㊞		

支給額	出産費総額	円
	一時金額	円
	高額療養費	円
	その他 (追加給付等)	円
	助成額	円

(添付書類)

1　出産に要した費用として支払ったことが分かる医療機関の領収書及び明細書
2　出産育児一時金を受給したことが分かる書類
3　付加給付金を受給した場合は、付加給付金を受給したことが分かる書類
　例)出産育児一時金付加給付金決定通知書の写し又は加入健康保険の支給手引き及び付加給付金が振り込まれた口座の写し等
4　振込口座の通帳の写し
5　母子健康手帳の写し