

年 月 日

猪苗代町長

住 所
申請者氏名
電話番号
印

出産手当支給申請書

下記により、出産手当を支給してください。

記

| 母 | 氏名 | 町民となった年月 | 申請者との続柄 又は関係 | 出産後の 子の数 |
|-----|----|----------|-----------------|-------------|
| | | | 年 月 | |
| 出生児 | 氏名 | 生年月日 | 母との続柄 | |
| | | 年 月 日 | | |

| 請求金額 | 金 円 | 第1子 | 30,000円 |
|------|-----|-------|----------|
| | | 第2子 | 50,000円 |
| | | 第3子 | 70,000円 |
| | | 第4子 | 100,000円 |
| | | 第5子以上 | 200,000円 |

※振込先は出生児の保護者名義に限ります。

| 振込口座 | 金融機関名 | 支店支所名 | 預金の種類 | 口座番号 | 口座名義 |
|------|-------|-------|-------|-------|------|
| | | | | 普通・当座 | |

注) 申請者は、原則として母親です。