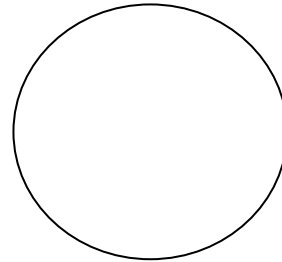


課 長	取 扱 者	産科医療補償制度 <b>該当</b>	産科医療補償制度 <b>非該当</b>
		420,000円	404,000円



## 出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号	香川45-		
分娩者氏名			
分娩年月日	年 月 日		
世帯主と分娩者との続柄	本人・妻・子・子の妻・子の子・子の子の妻・その他( )		
出生児氏名			
振込先	金融機関名(郵便局を除く)		支店名
	普・当	口座 番号	名義人
			ワガナ

### 委任状(上記振込先が世帯主以外の場合)

私は、受任者.....を代理人と定め、出産育児一時金の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者住所 さぬき市

委任者氏名

印

上記のとおり申請します。

さぬき市長 殿

令和 年 月 日

世帯主住所 さぬき市

世帯主氏名

印

電話番号

申請書を提出するときは、**出産費明細書、直接支払制度合意文書、保険証、印鑑、振込先通帳**をご持参ください。 ※添付書類 出産費明細書、合意文書の写し