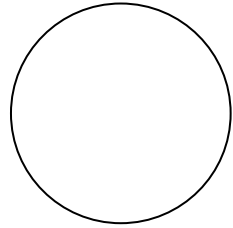


課 長		取 扱 者		産科医療補償制度 該当	産科医療補償制度 非該当
				500,000円	488,000円



出産育児一時金支給申請書

被保険者記号番号	香川 4 5 -
分娩者氏名	
分娩年月日	令和 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（ ）

☐ 世帯主の公金受取口座を利用します。（※利用する場合、□にチェック（✓）を入れてください。）

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

（※申請後に口座情報を変更した場合は、変更前の口座に支給される場合があります。）

☐ 振込口座を指定します。（※指定する場合、□にチェック（✓）を入れてください。）

振込先	金融機関名										支店名
	普・当	口座 番号								名義人	ﾌﾘｶﾞﾅ

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

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

電話番号

※添付書類 出産費用の領収・明細書、直接支払制度合意文書