

第1号様式（第8条関係）

大和市第3子以降の出産費用助成

ホームページからダウンロードされる場合は、なるべく両面コピーとしてください。できない場合は2枚になっても構いません。

申請者	(ふりがな) 氏名 大和 花子	生年月日 昭和〇年 〇月 〇日 () 歳	加入保険者の氏名および記号・名称 〇〇健康保険組合
配偶者	大和 太郎	平成〇年 〇月 〇日 () 歳	〇〇健康保険組合
対象となる児	大和 三郎	令和3年 〇月 〇日 (第3子)	出産育児一時金を助成した加入保険者の電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
申請者住所	大和市 大和市 鶴間1-31-7		電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 *日中連絡可能な電話番号記入
配偶者住所	大和市 *申請者と異なる場合のみ記入		電話 () *日中連絡可能な電話番号記入
金融機関名	横浜	銀行・農協 金庫・組合	金融機関番号
口座番号	大和		本店 支店・出張所
名義人(か)	ヤマト ハナコ		店番号 種別
大和市長あて	関係書類を添えて、上記の通り大和市出産費用助成を申請します。		令和 3年 4月 7日
申請及び請求者	氏名	大和 花子	印

出産育児一時金を助成した健康保険者の電話番号を、会社などを通じてご確認の上、記入してください

申請者名、口座名義、請求者名はすべて同じ名前にしてください

日付は窓口を持参した日または送付日を記入してください

裏面と同じ印鑑を押してください

大和市処理欄
書類等確認

住民となった日/番号

- 住基確認、子の誕生日確認、養育の確認 (父、母；)
- (配偶者が同一世帯でない場合) 戸籍謄本または戸籍抄本
- 裏面、他の兄弟についての記入確認
- 領収書、診療明細書の写し (分娩・出産に関わるもののみ)
- 健康保険組合の出産育児一時金や付加金の決定通知書、または通帳の写し (発行・振り込み日の確認)
- 夫婦の健康保険証 (名称・番号・記号・電話番号の確認)
- 母子健康手帳 (申請済みの印を押す)
- 通帳かカードのコピー (申請者名義・振込先の口座がわかるもの)
- 請求書 (申請者氏名、印鑑が同じか確認)
- 夫婦の税の申告確認
 - (1月1日現在、大和市に住居票がない時) 夫婦の税課税 (非課税) 証明書
該当する年度の1月1日に住所があった各市区町村で発行されたもの
 - (高額療養費対象者) 高額療養費減額申請書 (申請書4か所・請求書2か所)

こちらには記入しないでください

担当者確認 納税確認 (滞納 無・有) 付加金 (有・無)

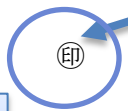
申請受理日	年 月 日	来所者	受付者	担当	係長	課長
医療費合計	円	(内市助成対象)	円			
助成金額	円					
決定年月日	年 月 日	(交付・不交付)				



申請者氏名 **大和 花子**

申請者および配偶者が養育している子ども（

表面と同じ申請者名として
ください。



表面と同じ印鑑
を押してください

	(ふりがな) 氏名	生年月日	年齢
1	大和 一子	平成 〇年 〇月 〇日	5 歳
2	大和 次郎	平成 〇年 〇月 〇日	3 歳
3	大和 三郎	令和 3年 〇月 〇日	0 歳
4		年 月 日	歳
5		年 月 日	歳
6		年 月 日	歳
7		年 月 日	歳
8		年 月 日	歳
9		年 月 日	歳
10		年 月 日	歳
11		年 月 日	歳
12		年 月 日	歳

申請者・配偶者と
共に同居し、養育
されているお子さ
んについて、ご記
入ください。