

大和市第3子以降の出産費用助成金交付申請書

	(ふりがな) 氏名	生年月日	加入保険者の名称 および 記号・番号
申請者		年 月 日 ( ) 歳	名称
			記号 番号
配偶者		年 月 日 ( ) 歳	名称
			記号 番号
対象となる児		年 月 日 (第 子)	出産育児一時金を助成した 加入保険者の電話番号
			( )
申請者住所	大和市		電話： ( ) ※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
大和市長あて			年 月 日
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。			
申請及び請求者 氏名 _____			

**同意書**

大和市出産費用助成金の審査のため、申請者世帯の住民登録記載事項および課税状況の確認、大和市における市税等の納税状況の確認、および必要により医療機関・薬局または健康保険の保険者への問い合わせを、市が行うことに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者および配偶者が養育しているこども（18歳未満）

	(ふりがな) 氏名	生年月日		(ふりがな) 氏名	生年月日
1		年 月 日 ( 歳)	7		年 月 日 ( 歳)
2		年 月 日 ( 歳)	8		年 月 日 ( 歳)
3		年 月 日 ( 歳)	9		年 月 日 ( 歳)
4		年 月 日 ( 歳)	10		年 月 日 ( 歳)
5		年 月 日 ( 歳)	11		年 月 日 ( 歳)
6		年 月 日 ( 歳)	12		年 月 日 ( 歳)

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
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)		

担当	係長	課長

大和市処理欄

住民となった日/番号

- 書類等確認
  - 申請者名 ( )
  - 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)
  - 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 (申請者氏名と同じか確認)
  - 新生児聴覚検査実施 ( あり なし )
  - 夫婦の税の申告確認
  - (1月1日現在、大和市に住民票がない時) 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
  - (高額療養対象の場合) 高額医療費の決定通知書または内容の確認できるもの

●訂正箇所

訂正確認日	相手方氏名	訂正箇所	対応職員名