

部分をご記入してください。

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。

第1号様式（第5条関係）

大和市第3子以降の出産費用助成金交付申請書

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

申請者	(市町村) 氏名	生年月日	加入保険者の名称 および 記号・番号
		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 _____		

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

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）

No.	(市町村) 氏名	生年月日	年齢	(市町村) 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	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。				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	担当 係長	課長
医療費合計	円	市内助成対象	円	記入しないでください	
助成金額	円				
決定年月日	年 月 日 (交付・不交付)				

●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

記入しないでください

●訂正箇所

訂正確認日	相手方氏名	訂正箇所	対応職員名