



伺	起案年月日		平成 年 月 日			
	下記のとおり支給してよろしいか伺います。					
決定	課長	主幹	係長	副主任	決定年月日	起案者
					年 月 日	Ⓜ

様式第16

※この欄には記入しないでください。

整理番号			決 済 処 理	1 支給する	円	
資格確認	取得	・		2 支給しない		
	喪失	・				
摘要						

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者証 記号・番号	伊	出産をした被 保険者(母親) の氏名・生年 月日	年 月 日生	世帯主 との続柄	
申請金額	¥				
出産年月日	平成 年 月 日				
出産児の氏名等	男・女			世帯主 との続柄	
生産・死産の別	生産・死産			出産月数	ヵ月
出産した病院・ 診療所・助産所 の名称・所在地	名称				
	所在地				

注. 双生児の場合は、別個に2部作成してください。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

世帯主住所 京都府与謝郡伊根町字 番地

氏名 Ⓜ

伊根町長 様