

出産助成金支給申請書兼請求書

**年 **月 **日

渋谷区長 殿

渋谷区（出生地）に居住（住民登録）し、申請日現在、引き続き渋谷区に居住（住民登録）していること、および、出産の事実に基づいて、必要書類を添付の上、次のとおり申請し、**出産した人が申請者です。** 支給決定した助成金については、下記振込指定口座に振り込みをお願いします。

申請者（出産した人）	フリガナ	シブヤ ハナコ			
	氏名	渋谷 花子		生年月日	**** 年 **月 **日
	出生児氏名	渋谷 幸子			
	出産年月日	20**年 **月 **日			
	住所等	〒15*-**** 渋谷区宇田川町1-1 渋谷区役所マンション301 電話番号 03-3463-1211			
	加入健康保険名称	〇〇健康保険組合			

助成金額の計算	助成金限度額	(A) 100,000 円 (※1)	※付加給付の金額 加入している健康保険から出産育児一時金の付加給付がある場合は、その金額。付加給付がない場合は、0円と記載してください。 ☆詳しくは、裏面を参照してください。
	付加給付の金額	(B) **,*** 円 ※	
	申請金額 ※助成金額は区が決定します。	(A) - (B) **,*** 円	

振込指定口座（出産した人の口座を記入してください。）

支払希望金融機関	金融機関名	支店名	口座番号	1 普通 2 当座	
	***銀行	***支店			
	コード * * * *	コード * * *		* * * * * *	
フリガナ	シブヤ ハナコ				
口座名義	渋谷 花子				

※ 添付書類については、裏面を参照してください。
 ※ 申請期限は、出産した日から1年以内です。

出産した人の口座を記載してください。

【区処理欄】

窓・郵	申請受付印	申請人住民票	出生の事実	付加給付金
		出産した人の住民日	母子手帳 <input type="checkbox"/>	決定通知書 <input type="checkbox"/>
		年 月 日	住民記録 <input type="checkbox"/>	冊子等 <input type="checkbox"/>
			その他	給付係確認
				年 月 日 <input type="checkbox"/>

助成金限度額	円
付加給付金額	円
支給決定金額	円