

平成 年 月 日

猪苗代町長

住 所
申請者氏名
電話番号

印

出産手当支給申請書

下記により、出産手当を支給してください。

記

母	氏名	町民となった年月	申請者との続柄 又は関係	出産後の 子の数
			年 月	
出生児	氏名	生年月日	母との続柄	
		H 年 月 日		

請求金額	金 円	第1子	30,000円
		第2子	50,000円
		第3子	70,000円
		第4子	100,000円
		第5子以上	200,000円

※振込先は出生児の保護者名義に限ります。

振込口座	金融機関名	支店支所名	預金の種類	口座番号	口座名義

注) 申請者は、原則として母親です。