

様式第1号(第3条関係)

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		人
出生児	氏 名	生 年 月 日	母との続柄	
		年 月 日		

請求金額	金 円	第1子 50,000円 第2子 70,000円 第3子 100,000円 第4子以降 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
			普通・当座		ふりがな

注) 申請者は、原則として母親です。