

主任書記	書	記	主	任	給付決定伺

出産費助成金請求書

様式コード	会員区分	団体コード	会員証番号	会員氏名			所属団体名	
互4500	5 公立			フリガナ				
				生年月日	年	月		日
給付種別		※種別コード	※件数	請求金額		※決定額		
互助会給付	出産費助成金	60	※1件	円		20,000円		
出産年月日		加入年月日		退職年月日		備考		
年	月	日	年	月	日	年	月	日
出産者氏名		出産児氏名及び続柄			出産の場所			
(続柄)		(続柄)						
生年月日	年	月	日	※				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>千葉県市町村職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">請求者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>								
互助会受付印		再受付印		<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名</p> <p style="text-align: right;">市町村等の長</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>				

1. 出産の事実を証する書類を添付してください。
2. ※印欄は記入しないでください。
3. 千葉県市町村職員共済組合の組合員である会員は、本請求書を提出する必要はありません。