

|      |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|-------|
| 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。