

# 出産保育費 会 員 配 偶 者 請 求 書

互

(いずれかを○で囲む)

所属コード	組員証番号	職 名	氏 名																	
被扶養配偶者名		出 産 児	フリガナ			続 柄 (長男・長女等)														
			名 前																	
出 産 の 場 所		苗字は不要 <b>名前のみ</b>	フリガナ			続 柄 (長男・長女等)														
			名 前																	
		出 産 日	年 号	年	月	日														
		5																		
添 付 書 類	<p>※いずれかに✓印を付し、コピーを添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 市町村長に届け出る「<u>出生証明書</u>」の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 母子手帳の写し(「<u>表紙または子の保護者</u>」欄及び「<u>出産の状態</u>」欄の2枚)</p>																			
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">請求金額</td> <td style="width: 5%;">十</td> <td style="width: 5%;">万</td> <td style="width: 5%;">千</td> <td style="width: 5%;">百</td> <td style="width: 5%;">十</td> <td style="width: 5%;">円</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							請求金額	十	万	千	百	十	円							
請求金額	十	万	千	百	十	円														
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様</p> <p style="text-align: center;">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>																				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">(〒      -      ) (〒      -      -      )</p> <p style="text-align: center;">所 属 所 在 地</p> <p style="text-align: center;">所 属 所 名</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>																				

(注) 1 任意継続会員は、所属所長欄の記入は必要ありません。

2 母子健康手帳の「出生届出済証明」欄の写しを添付書類とすることはできません。

年号コード

平成 4

令和 5