

特別出産補助金請求書(配偶者・扶養無)

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名	
		会員番号		会員氏名	
対 象 児 の					出 産 年 月 日
氏 名			続 柄		
					令和 年 月 日
					令和 年 月 日
					令和 年 月 日
請 求 金 額		円		決 定 金 額	
				円	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">請求者</p> <p style="margin-left: 150px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 150px;">自宅住所</p> <p style="margin-left: 150px;">職名</p> <p style="margin-left: 150px;">氏名 ㊟</p>					
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">所属所長</p> <p style="margin-left: 150px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 150px;">職氏名 印</p>					<p>所属所受付印</p>

※ 氏名を自署する場合は押印不要

※ 第3子目以上であることを確認できる書類(住民票等)を添付してください。