

(様式 9)

所属コード		
保育補助申請書 令和 年 月 日 公立学校共済組合群馬支部長 様 所属所名 所属所長名 印 所属電話番号 下記のとおり申請がありました。 記		
組合員番号	組合員氏名	出産者氏名
出生児名	生年月日	出生順位
		第 子
		有 ・ 無
配布先（郵送先）の郵便番号・住所・電話番号		
情報誌郵送先	〒 TEL ()	
備 考		

- 注 1 補助の対象は第 1 子とします。
- 注 2 「出産費・家族出産費の請求」欄は、医療機関直接支払制度利用者も「有」となります。
- 注 3 郵送先の住所、電話番号については誤りのないように正確に記入してください。
- 注 4 申請書に記載された個人情報は共済組合指定の業者に提供することに同意のうえ申請してください。