支給可否	承 認	支給承認額		円
	不承認	不承認理由		
支給決定年月日	平成	年 月	日	

へのの押 印承認

	町	長	副町長	課	長	課長補佐	係	長	係	員	担当者	本庁受付欄
本		/										
庁												
/ 1	摘	要										
			支所長	課	長	課長補佐	係	長	係	員	担当者	支所受付欄
		支										
		所	摘 要(要(受付処理の状況)								

添付書類確認:□出産の事実を証明する書類

- □医療機関等から交付される代理契約に関する合意文書の写し
- (直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨,申請先となる保険者名が記載されている文書)
- □出産費用の領収・明細書の写し

(直接支払制度を用いた場合には、専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの)