

様式第1号(5)

※決定伺	決 裁	確 認	係 員		担 当	※決定日	年 月 日	
						※貸付番号		
	貸付決定額	金	百万	千	0 0 0	円	※貸付年月日	年 月 日
	摘 要					* 共済組合受付		
出 産 貸 付 申 込 書								
所属所名								
所属所コード	組合員証番号	フリガナ					所属課	
		氏名					職 名	
申込金額 (頭部に¥を記入してください。)	百万	千	0 0 0 0	生年月日	年 月 日 (歳)			
資格取得年月日	年 月 日 (年 月)			※ 貸 付 限 度 額	組合員本人	円		
出産予定者名					被扶養者	円		
生年月日	年 月 日生	組合員との続柄			最低保障額	円		
被扶養者認定年月日	年 月 日				貸付限度額	円		
医療機関名								
出産予定日	年 月 日							
茨城県市町村職員共済組合組合員貸付規則(規程)に基づき、上記貸付金を借り受けたいので申し込みます。 年 月 日 申込者 住所 氏名 茨城県市町村職員共済組合理事長 様								
所属所長の証明欄	茨城県市町村職員共済組合組合員貸付規則第8条第5項の規定に基づき、上記の記載事項及び関係書類を確認した結果、上記申し込みは事実に相違なく、適正なものであることを認めます。 年 月 日 所属所長							

注) * 欄は記入しないでください。

注) 申込者の氏名は必ず自署してください。

注) 申込金額は、法定給付に係る出産費等の範囲内です。

注) この申込書には、借入資格に応じて次の書類を添付してください。

- ① 出産予定日めで2月(多胎は4月)以内のとき……母子健康手帳の写し、予定日2月又は4月以内の証明書類
- ② 妊娠4月以上で医療機関に一時的な支払いを要するとき……母子健康手帳の写し、妊娠4月以上の証明書類、費用内訳のある請求書又は領収書(写可)