

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													
所属所番号		組合員番号			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	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												
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申込者 住所 氏名</p> <p>茨城県市町村職員共済組合理事長 様</p>													
所属所長の 証明欄	<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>所属所長</p>												

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(写し可)