

様式第1号(5) (規則第8条の3関係)

※ 決 定 伺	課長	課長補佐	係長	係員	決定日	年 月 日
					貸付番号	
	貸付決定額	金	百万	千	0 0 0 円	貸付日 年 月 日
	摘要					※共済組合受付
<h1>出産貸付申込書</h1>						
所属所名						
所属所コード	組合員番号	フリガナ				所属課
		氏名				職名
申込金額	金	百万	千	0 0 0 円	生年月日	年 月 日 (才)
資格取得年月日	年 月 日			申込月の給料月額	円	
出産予定者名				※貸付限度額	組合員本人	$\times \frac{1.25}{1} =$ 円(A) 円(B)
生年月日	年 月 日	組合員との続柄			被扶養者	$(A) \cdot (B) \times 0.7 =$ 円
被扶養者認定年月日	年 月 日				最低保障額	円
医療機関名					貸付限度額	円
出産予定日	年 月 日					
<p>茨城県市町村職員共済組合貸付規則に基づき、上記貸付金を借り受けたいので申し込みます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申込者 住所 氏名 (印)</p> <p>茨城県市町村職員共済組合理事長 殿</p>						
<p>茨城県市町村職員共済組合貸付規則第8条第4項の規定に基づき、上記貸付申込人に係る貸付事由・借用金額及び給与支給状況等の償還能力を調査し、事実と相違ないものと認めます。本申込書及び別添の書類を送付しますので、ご査収のうえ、審査願いたい。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 (印)</p>						

注) ※欄は、記入しないでください。

注) 申込者の氏名は自署とし、印鑑は印鑑登録証明書と同一のものを使用してください。

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 出産予定日まで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)