

母子保健衛生用品支給申請書

所属所名		〇〇市		摘 要		
組合員等 記号・番号	組合員氏名	配偶者氏名	出 産 年 月 日 又は出産予定日	右の選択品目を2つ 選びAB欄に番号を 記入してください (⑪は1つのみ)		選 択 品 目
				A	B	
〇〇〇-〇〇〇〇	共済 太郎	共済 花子	令和〇〇年 〇〇月〇〇日	①	⑧	① 母子保健衛生用品セット ② リッチェル はじめての離乳食から長く使える食器セット ③ ピジョン 耳式体温計 耳チビオン ④ ピジョン magmag 成長実感 3種のコップ&ストローセット ホトル付き ⑤ 杏林製薬 ミルトンセット ⑥ P&G おしりふき P&G パンパース <テープタイプ> ⑦ 新生児用(72枚入り)×2 ⑧ Sサイズ(66枚入り)×2 ⑨ Mサイズ(56枚入り)×2 <パンツタイプ> ⑩ Mサイズ(56枚入り)×2 ⑪ ハーモニック カタログギフト
-						
-						
-						
-						
-						
-						
-						
-						
-						
合 計		1 人		注 意 事 項		
上記のとおり支給願いたく申請します。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 所属所長 職 名 〇〇市長 氏 名 〇〇 〇〇				1 ①～⑩を選択する場合は、2品目を選択し、希望品目の番号をA・B欄に記入してください。「⑪ハーモニック カタログギフト」を選択する場合は、1品目のみとし、A欄のみに記入してください。 2 申請から支給品決定までは、 最長3ヶ月 程度掛かる場合がありますので、ご注意ください。 3 P&Gパンパースは、サイズが選べます。支給品到着時にサイズアウトしている場合でも、交換はできませんのでご注意ください。(メーカー都合により内容量等に変更が生じる場合があります。) <推奨サイズ(赤ちゃんの体重)> ・新生児用:5kg以下 ・Sサイズ:4～8kg ・Mサイズ(テープ):5～12kg ・Mサイズ(パンツ):6～12kg 4 支給品については、共済組合に申請のある住所へ組合員宛に業者から直接郵送されます。出産に伴う帰省等している場合は、ご注意ください。		

※ この申請には母子手帳の写しを添付してください。