

別記様式（第5条）

（表）

栄町妊婦支援助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

栄町長 様

氏 名 ⑩
 申請者 住 所
 電話番号

妊婦支援助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請の上、請求します。

助成金請求額	円		
申請回数	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> ()回目		
利用期間・日数	年 月 日～ 年 月 日 合計 日		
合計利用時間	時間		
子どもの氏名		生年月日	年 月 日
子どもの氏名		生年月日	年 月 日
子どもの氏名		生年月日	年 月 日
利用した事業所 名称・電話番号			

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

- 添付書類
- 1 預金通帳の写し
 - 2 領収書
 - 3 ベビーシッターの利用時間、利用料等の額が分かる書類
 - 4 母子健康手帳の写し
 - (5 その他町長が必要と認める書類)

(裏)

同 意 書

私達は、妊婦支援助成金の支給の可否の決定に当たり、栄町が保有する私達の住所及び世帯並びに町税の納付状況に関する情報について、栄町職員が調査することに同意します。

申請者氏名

世帯員氏名

(注) 氏名は、自署又は記名押印してください。