

別記様式（第5条第1項）

（表）

栄町赤ちゃん出産費用支援金等支給申請書兼請求書

年 月 日

栄町長 様

住 所

請 求 者 フリガナ
氏 名

㊞

電話番号

赤ちゃん出産費用支援金又は多子応援金の支給を受けたいので、栄町赤ちゃん出産費用支援金等実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請の上、請求します。

支援金等請求額		円					
支給対象者の区分		<input type="checkbox"/> ① 出産した子どもを養育する父又は母 <input type="checkbox"/> ② ①の父又は母が特別な事情がある場合に、現に出産した子どもを養育する者					
子どもの区分	順位	氏 名	生年月日	支援金	応援金	今回出生した子ども	備考
	第1子		年 月 日	円	—	<input type="checkbox"/>	
	第2子		年 月 日		円	<input type="checkbox"/>	
	第3子		年 月 日		円	<input type="checkbox"/>	
	第4子		年 月 日		円	<input type="checkbox"/>	
	第5子		年 月 日		円	<input type="checkbox"/>	

注・第6子以降については、「子どもの区分」欄と同じ内容が分かる書類を添付すること。
 ・出産した子が栄町の住民基本台帳に記録されてから申請すること。

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 支給対象者の区分で②に該当する者にあつては、その旨を証する書類)
 (3 その他町長が必要と認める書類)

(裏)

同 意 書

私達は、支援金等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。