

(表)

第4号様式(第8条)

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  
フリガナ  
請 求 者 氏 名 ㊟  
電話番号

栄町赤ちゃん出産費用支援金等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8条の規定により、次のとおり申請の上、請求します。

なお、栄町赤ちゃん出産費用支援金等支給資格認定通知書の内容に変更はありません。

支援金等請求額	円	
(内訳)	支援金 円	応援金 円
支援金等支給時点	出生時 ・ 1歳時 ・ 2歳時	

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 栄町赤ちゃん出産費用支援金等支給資格認定通知書の写し
- 2 預金通帳の写し
- 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。

請 求 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。