

別 記

第 1 号様式（第 5 条第 2 項）

栄町赤ちゃん出産費用支援金等支給資格認定申請書

年 月 日

栄町長 様

住 所

フリガナ

申 請 者

氏 名

㊞

電話番号

赤ちゃん出産費用支援金等の支給資格の認定を受けたいので、栄町赤ちゃん出産費用支援金等実施要綱第 5 条第 2 項の規定により、次のとおり申請します。

|          |   |    |     |                          |           |
|----------|---|----|-----|--------------------------|-----------|
| 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<br><input type="checkbox"/> ② ①の父又は母が特殊な事情がある場合に、現に出産した子どもを養育する者<br><input type="checkbox"/> ③ 次の要件の全てに該当する者<br>ア 里帰り出産であること。(住民票を移した場合に限る。)<br>イ 父又は母が栄町の住民であること。<br>ウ 出生日から 6 月以内に子どもが栄町の住民となること。 |    |     |                          |           |
|          | 子どもの区分  | 順位 | 氏 名 | 生年月日                     | 今回出生した子ども |
|          | 第 1 子   |    |     | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 第 2 子   |    |     | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 第 3 子   |    |     | <input type="checkbox"/> |           |
|          | 第 4 子   |    |     | <input type="checkbox"/> |           |

注・第 5 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。

同 意 書

私達は、支援金等の支給資格の認定の可否の決定及び認定後の支援金等の支給状況の確認に当たり、決定の確認時及び支給認定を受けた日から 3 年間、栄町が保有する私達の住所及び世帯並びに町税の滞納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。