

大竹市出産育児応援給付金支給申請書

令和 年 月 日

大竹市長 様

申請者
住所
氏名
電話番号

印

(出生児との続柄)

出産育児応援給付金の支給要件に該当しますので、大竹市出産育児応援給付金支給要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

また、出産育児応援給付金の支給決定に当たり、下記の同意事項に同意します。

出生児氏名		第 子	性 別
生 年 月 日	令和 年 月 日生		男 ・ 女
住 所	(出生届の際住所登録をした場所)		

口座振替記入欄

金融機関	銀行 金庫 農協	口	フリガナ						
			名義人氏名						
	本店 支店 支所 出張所	座	種 類	口 座 番 号					
			1 普通 2 当座 3 その他()						

同意事項

- (1) 私の世帯に関する住民基本台帳を閲覧することに同意します。
- (2) この申請書は、大竹市において支給決定をした後は、給付金の申請書として取り扱います。
- (3) 市が支給の決定を行った後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市が申請・受給者に連絡・確認できない場合に、出産育児応援給付金が支給されないことに同意します。

※ 事務処理欄

窓 口 確認欄	<input type="checkbox"/> 申請者本人確認書類 (運転免許証・マイナンバーカード・その他) <input type="checkbox"/> 申請者の通帳等の写し <input type="checkbox"/> 親子健康手帳 (母子健康手帳) <input type="checkbox"/> その他 ()	確認 者印	
------------	--	----------	--