

様式第1号（第5条関係）

令和4年度庄内町出産支援給付金交付申請書

令和 年 月 日

庄内町長 富 樫 透 殿

申請者 住所
氏名
給付対象児等との関係（ ）
電話

出産支援給付金の給付を受けたいので、下記の事項に同意の上、令和4年度庄内町出産支援給付金交付要綱第5条の規定により書類を添えて申請します。

記

- 1 申請に係る同意事項（同意の場合は、□にレを入れてください。）
- この給付金の交付は給付対象児等1人につき1回とします。交付の決定後に県内の他の市町村で給付金を受給したことが判明した場合は、当該決定を取り消し給付金を返還していただきます。
 - 次に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込が完了せず、かつ、町が定める日時までに申請者に連絡や確認ができない場合には、町は当該申請が取り下げられたものとみなします。

2 出産日等

出 産 年 月 日	産 院 名	出産時において申請者が住民登録されていた市町村
令和 年 月 日		

3 給付対象児等

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	出生後最初に住民登録を行った市町村
	令和 年 月 日	
	令和 年 月 日	
	令和 年 月 日	

4 受取口座（申請者名義の口座を記載してください。）

金融機関名		本・支店名	
種 目	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

5 添付書類

- (1) 本人確認書類（運転免許証その他官公署が発行した顔写真付きの書類）
- (2) 給付金を受け取る口座の金融機関名、口座番号、口座名義人が分かる通帳又はキャッシュカードの写し
- (3) その他（ ）

同 意 書

出産支援給付金の給付対象児等及び申請者の要件を審査するため、私及び給付対象児等の住民記録を閲覧し、必要がある場合は町が関係機関への照会をすることについて同意します。

令和 年 月 日

申請者 氏 名
生年月日 年 月 日