

6月1日基準(1人10,000円)

12月1日基準(1人20,000円)

子育て世帯生活応援給付金申請書

令和 年 月 日

多古町長 平山 富子 様

裏面の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。

申請者 住 所 多古町 _____

氏 名 _____

連絡先 _____

給付金の支給を申請する子どもについて

子どもの氏名	生年月日	住所	同居・別居
	H		同・別
	H		同・別
	H		同・別
	H		同・別

【指定の金融機関口座】

1 金融機関

① ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名	支店名	預金種目	口座番号			
		普通 ()				

② ゆうちょ銀行（全銀システムによる受取口座の番号を記入）

金融機関コード	店番	預金種目	口座番号			
9 9 0 0		普通 ()				

2 口座名義人

(フリガナ)	
口座名義人氏名	

※ 口座名義人については、氏名その他、通帳をご確認の上、「フリガナ」を正確にご記入ください。（通帳と異なる「フリガナ」の場合、お振り込みできません。）

提出書類

- 子育て世帯生活応援給付金申請書
- お子さんの健康保険証の写し等
- 申請者名義の預金通帳

裏面へ

【誓約・同意事項】

各項目のチェック欄に（□）に『✓』を入れてください。

給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、町が必要な住民基本台帳情報、税情報などの公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。

公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

町が支給決定をした後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払いが完了せず、かつ、令和6年2月29日までに、町が申請者に連絡・確認できない場合に、給付金が支給されないことに同意します。

給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還します。

の り し ろ

通帳の表紙を開いて1ページ目の写し、
またはキャッシュカードの写しを貼り付けてください。
(振込先口座番号と名義人(カナ)がわかるページが必要です。)

の り し ろ

お子さんの健康保険証の写し、
または養育・扶養がわかる書類を貼り付けてください。