

みよし市臨時特別出産子育て支援金申請書兼請求書

年 月 日

みよし市長 様

申請者（受給者）

住 所

氏 名

印

支給対象者（子）

との続柄

連絡先

みよし市臨時特別出産子育て支援金の支給を受けたいので、みよし市臨時特別出産子育て支援金支給要綱第5条の規定により、下記のとおり申請し臨時特別出産子育て支援金を請求します。

また、本申請の審査に当たり、住民基本台帳を確認することについて同意します。

記

【支給対象者（子）】※申請者（受給者）の子

氏 名	カガナ
生年月日	年 月 日

【受取口座】※振込先は申請者（受給者）名義の口座を指定してください。

金融機関名		本支店名	
口座種目	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人	カガナ		

【添付書類】

- 母子健康手帳の1ページ目（出生届出済証明）の写し等子の出生日を証明できるもの
- 申請者（受給者）名義の通帳等の写し（金融機関名、本支店名、口座種目及び口座名義人（カタカナ）が分かるもの）※通帳がない場合は、キャッシュカードの写しも可