

# おなかの赤ちゃん 特別定額給付金申請書



申請日	令和 年 月 日
令和2年4月27日時点の住民票所在市町村	
小値賀町長 様	

○ 世帯主(申請・受給者)

(フリガナ) 氏 名	現住所	生年月日
Ⓜ	長崎県北松浦郡小値賀町 郷 番地	昭和・平成
	日中に連絡可能な電話番号 ( )	年 月 日

◎ 下記の事項に同意の上、おなかの赤ちゃん特別定額給付金を申請します。

① 受給資格の確認に当たり、公簿等で確認を行うことがあります。

◎ 申請の際は、下記の書類を添付してください。

- ① 世帯主(受給者)と証明ができる運転免許証等の写し
- ② 受給者の振込口座番号がわかる通帳等の写し
- ③ 母子保健手帳の写し

◎ 給付対象者 (下記の給付対象者で、住民基本台帳に記録されている、あなたの世帯の対象児童を記載してください。)

① 令和2年4月27日時点で母親のお腹にいて、その後生まれた新生児

	氏 名	続柄	生年月日
1			R 年 月 日
2			R 年 月 日
3			R 年 月 日
合計金額		(10万円×子供の数)	円

○ 受取方法 (希望する受取方法(下記のA又はB)のチェック欄(□)に『レ』を入れて、必要事項を御記入ください。)

A 指定の金融機関口座(世帯主(申請・受給者)又はその代理人の口座に限ります。)への振込を希望

この口座が当市区町村の水道料、住民税等の引落とし、児童手当等の受給に現に使用している口座であって、世帯主(申請・受給者)の名義である場合(この場合は通帳やキャッシュカードのコピーを添付する必要はありません。)  
また、当該口座の確認について、水道部局、税部局等に照会を行うことを承諾します。  
(希望する口座)  水道料引落口座  住民税等の引落口座  児童手当等の受給口座

【受取口座記入欄】(長期間入出金のない口座を記入しないでください。)

※通帳番号の記載誤りがないか再度御確認ください。通帳番号の記載誤りがあると、給付が遅れることがあります。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支 店 名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ) 口座名義
1.銀行 2.金庫 5.農協 3.信組 6.漁協 4.信連 7.信漁連	本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		
	支店コード			

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、※欄に御記入ください。)	通帳番号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ) 口座名義
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。	1 0 ※		

B 本申請書を窓口で提出し、後日、給付(この場合は、申請書の郵送の必要はありません。)

(金融機関の口座がない方や金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方が対象となります。)

代理人が申請する場合は、裏面の代理申請(受給)に御記載ください。

(申請書裏面)

【代理申請(受給)を行う場合】

代理人	(フリガナ) 代理人氏名	申請者 との関係	代理人生年月日	代理人住所	
			昭和・平成 年 月 日	長崎県北松浦郡小値賀町	郷 番地
上記の者を代理人と認め、 特別定額給付金の 申請・請求 受給 申請・請求・受給			を委任します。 ← 法定代理の場合は、委任 方法の選択は不要です。	世帯主氏名	署名(又は記名押印)  Ⓜ

申請者本人確認書類  
写し貼り付け

- ・運転免許証のコピー
- ・マイナンバーカードのコピー
- ・健康保険証のコピー
- ・年金手帳のコピー
- 島民カードのコピー 等

※ 代理申請(受給)を行う場合は、代理人の本人確認の写しも添付してください。

振込先金融機関口座確認書類  
写し貼り付け

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー  
または  
キャッシュカードのコピー 等

母子保健手帳確認書類  
写し貼り付け

チェックリスト

(以下の項目について必ず御確認の上、確認後はチェック欄(□)にレを入れてください。)

- ①御記入いただきました項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度御確認ください。
- ②特に、御記入いただいた通帳番号と添付した通帳のコピーの番号が一致することを御確認ください。
- ③添付資料に漏れがないか御確認ください。