

おなかの赤ちゃん 支援金給付申請書

市区町村
受付印

| | |
|---------|----------|
| 申請日 | 令和 年 月 日 |
| 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 年 月 日 |
| ⑧ | 日中に連絡可能な電話番号 () | |

◎ 下記の事項に同意の上、おなかの赤ちゃん支援金を申請します。

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 母子健康手帳の写し

◎ 給付対象者

- ① 小値賀町に住民票を有する者で、令和3年度中に出産予定、若しくは出産された方
- ② 小値賀町に住民票を有する者で、令和3年度中に母子健康手帳を交付された方

| | | |
|---------------|-------------|-------------|
| (フリガナ) 氏 名 | 申請者との 続柄 | 生年月日 |
| | | 昭和・平成 年 月 日 |

◎ 出産(予定)人数

| | | |
|------|----------------|---|
| 合計金額 | 名 × 100,000円 = | 円 |
|------|----------------|---|

○ 受取方法

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

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 支店コード | 1普通 2当座 | | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------|----------------|
| 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 ※ | | |

(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 日中に連絡可能な電話番号 () |
| 上記の者を代理人と認め、 おなかの赤ちゃん支援金の 【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) 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。
- ④町税等の滞納がないことを御確認ください。