

矢巾町赤ちゃん子育て応援給付金申請書兼請求書

申請日	令和 年 月 日
岩手県 矢巾町長 高橋 昌造 様	

○ 受給資格者（支給対象児の母又は父）

(フリガナ) 氏名	生年月日	現住所	支給対象児との続柄 (該当する方に○)
	昭・平 年 月 日	矢巾町 日中に連絡可能な電話番号 ()	母・父

下記の事項に同意の上、矢巾町赤ちゃん子育て応援給付金を申請します。

- ①受給資格の確認に当たり、公簿等で確認を行います。
- ②公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出をお願いします。
- ③受給資格者に居住実態がないことが判明した場合など、偽りその他不正の手段により給付金の支給を受けたと認められるときは、給付金を返還していただきます。

○ 支給対象児

No.	氏名	生年月日	摘要
1		令和 年 月 日	
2		令和 年 月 日	
3		令和 年 月 日	
給付金額		円	

○ 受取口座（受給資格者名義の口座を記入してください。）

①町から受給している「児童手当」振込口座を希望する場合は、チェック☑してください。

「児童手当」振込口座を希望

※公務員等の方は、②に記入してください。

※「矢巾町赤ちゃん子育て応援給付金」の支給決定時点で登録されている児童手当振込口座となります。

②上記以外を希望する場合は記入してください。※長期間入金のない口座は不可

金融機関名	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 5. 農協 2. 金庫 6. 漁協 3. 信組 7. 信漁連 4. 信連	本・支店 本・支所 出張所	1 普通 2 当座		
金融機関	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。)	口座番号 (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		

※受給資格者の本人確認書類の写し及び受取口座確認書類の写しを、添付してください。