

日高川町長様

日高川町子育て応援給付金申請書
(出産・子育て応援交付金による子育て応援給付金)

お名前 (申請者)

現住所

連絡先 ()

お子様のお名前

お子様の誕生日 年 月 日

誕生日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)

1. 子育て応援給付金の支給 (お子様1人につき5万円) を

希望します。 (希望する場合、)

他の自治体で、出産・子育て応援交付金による子育て応援給付金等の支給を受けていません。

※出産応援給付金及び子育て応援給付金の支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。

希望しません。 (希望しない場合、)

2. 希望する方は振込先をご記入ください。 (下記のいずれかに)

※通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください。

出産応援給付金の振込に使用した振込口座

以下の振込口座 (通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください)

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 支所 出張所
ゆうちょ銀行 (郵便局)	店名	
預金種別	普通・当座	フリガナ
口座番号		口座名義人

※対象児童の養育者以外の口座の場合

この度の子育て応援給付金給付金の受給は、上記振込口座の名義人に委任いたします。

申請者氏名 (署名)

妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報 (産婦健康診査受診状況、産後ケア事業利用状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果等) について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

署名

署名日 令和 年 月 日