別記様式第１号（第６条関係）

令和４年度高畠町出産支援給付金交付申請書

年　　月　　日

　高畠町長殿

１　申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ | 　現　　住　　所 | 生　年　月　日 |
| 氏　　　名 |
|  | 〒 | 昭和 ・ 平成 |
|  | 　　　年　　　月　　　日 |
| 日中に連絡可能な電話番号　　　　　（　　　　）　　　　 |

**下記について確認・同意の上、本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。また、他の市町村に居住地等の確認をさせていただくことがあります。

（３）町が、下記に記載された受取口座に振り込み手続後、記載間違い等の事由により振り込みが完了せず、かつ、対象児の出生日の翌々月末日までに申請者が補正に応じない場合、町は当該申請が取り下げられたものとみなします。

（４）この給付金の交付は、交付対象児一人につき１回のみとなります。他の市町村で本給付金を受給した場合には、返還していただきます。

２　交付対象児（給付金の対象となる新生児についてご記入ください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 生　年　月　日 | 出生後最初に住民登録を行った市町村 |
|  | 令和　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | 令和　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | 令和　　　年　　　月　　　日 |  |
| 申請する金額（58,000円×交付対象児の人数） | 円　 |

３　受取口座（申請者名義の口座。長期間入出金のない口座は記入しないでください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 支店コード店番 |  |  |  |

※記載された受取口座については、保護者の間で相互に了解済みであるものと認識し、振り込みを行います。

申請者本人確認書類・振込先金融機関口座確認書類　貼付シート

|  |
| --- |
| **申請者本人確認書類（写）** |
| １枚書類（顔写真付き） | □免許証 □パスポート □マイナンバーカード □障害者手帳 |
| ２枚書類（A+A又はA+B） | A | □健康保険証 □医療証 □年金手帳 □年金証書 □印鑑登録証 □学生証（顔写真あり） |
| B | □診察券 □身分証 □公共料金領収証 □学生証（顔写真なし） □通帳 □クレジットカード |
| **貼り付け欄** |

|  |
| --- |
| **振込先金融機関口座確認書類** |
| 次のいずれか１つ | □通帳（口座番号が書かれた部分）のコピー□キャッシュカードのコピー |
| **貼り付け欄** |

【確認事項】申請書を提出する前に、以下の項目について必ずご確認ください。

１．ご記入いただいた項目に記載漏れ、記載誤りがないか

２．ご記入いただいた口座番号と添付した振込先金融機関口座確認書類に記載された番号が一致しているか

３．添付書類に漏れがないか

**確認事項**

（申請書を提出する前に、以下の項目について必ずご確認ください）

①ご記入いただいた項目に記載漏れ、記載誤りがないか、再度ご確認ください。

②特に、ご記入いただいた口座番号と添付した振込先金融機関口座確認

書類に記載された番号が一致することをご確認ください。

③添付資料に漏れがないか御確認ください。