

新生児特別給付金申請書兼請求書

年 月 日

輪之内町長 様

申請者 住 所

氏 名

㊞

電話番号

新生児特別給付金の支給を受けたいので、下記の事項に同意の上、申請します。

受給資格確認のため、申請者、対象新生児に関する住民基本台帳、その他受給資格の確認に必要な事項について、輪之内町が官公署・関係人に調査又は報告を求めることに同意します。

新生児	住 所	〒		
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日	日生
	氏 名		年 月 日	日生
	氏 名		年 月 日	日生

申請額	円
-----	---

振込先口座	金融機関	銀 行 金 庫 農 協		支 店 支 所 出張所 代理店			
		種別	普通・当座 (○を付けてください)	口座番号 (右づめでご記入ください)			
	フリガナ						
	口座名義人 (申請者)						