

新生児特別給付金申請書

令和 年 月 日

新十津川町長 様

住所 新十津川町字 番地
 申請者
 (世帯主) 氏 名 印
 電話番号

次のとおり、新生児特別給付金を申請します。

| | | | |
|-------------|---|--|---------------------|
| (フリガナ) | () | 生年 月日 | 令和 年 月 日生 |
| 児の氏名 | | | |
| 申請額 | 金 100,000 円 | | |
| 申請者 振込口座 | 金融機関名 | 信用金庫 銀行 農協 | 本・支店 本・支所 出張所 |
| | 口座種別 | 普通 ・ 当座 | |
| | 口座番号 | | |
| | (フリガナ) | | |
| 口座名義 | | | |
| 確認書類 | <ul style="list-style-type: none"> 世帯主の方の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード、年金手帳等の身分を証明する書類 振込口座の確認のための通帳またはキャッシュカード（またはそのコピー。金融機関、口座番号、名義人がわかる部分） | | |
| 同意欄 | 同意する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 | <input type="checkbox"/> 上記申請について、世帯の住民登録情報について、公簿等で必要な範囲で調査されることに同意します。 | |