

赤字部分の記入・押印をお願いします。

新生児特別給付金申請書

令和 2 年 8 月 20 日

新十津川町長 様

住 所 新十津川町字 中央301番地 1

申請者 ○○団地 ○号室

(世帯主) 氏 名 十津川 米 蔵 印

電話番号 090-\*\*\*\*-\*\*\*\*

次のとおり、新生児特別給付金を申請します。

(フリガナ)	( トツカワ マイカ )	生年	令和 2 年 8 月 20 日生				
児 氏 名	十津川 米 花	月 日					
申 請 額	金 100,000 円						
申 請 者 振 込 口 座	金融機関名	北 門 信用金庫 新十津川 本・支店					
		銀 行 農 協 本・支所 出張所					
	口座種別	普通 当座					
	口座番号	1	2	3	4	5	6
	(ふりがな)	トツカワ コメゾウ					
	口座名義	十津川 米 蔵					
確認書類	<p>・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</p> <p>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）</p>						
同意欄	同意する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。	<input checked="" 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。					

ご持参ください。

申請者同一の口座名義を記入してください。

申請書を審査する際に必要ですので、忘れずに記入してください。