

えりも町乳幼児用おむつ購入費補助申請書

年 月 日

えりも町長 様

|         |       |
|---------|-------|
| 住 所     | えりも町字 |
| 氏 名     |       |
| 連 絡 先   | — —   |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 |

えりも町乳幼児用おむつ購入費補助事業実施要綱の規定により、乳幼児用おむつ購入費の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

|                    |                                                                                                                                                                                                     |              |  |  |        |  |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|--|--------|--|
| 対 象 児 童            | 氏 名                                                                                                                                                                                                 | 生年月日（ 年 月 日） |  |  |        |  |
|                    | 氏 名                                                                                                                                                                                                 | 生年月日（ 年 月 日） |  |  |        |  |
|                    | 氏 名                                                                                                                                                                                                 | 生年月日（ 年 月 日） |  |  |        |  |
| 給 付 金 額<br>（ 月 額 ） | 0歳児：2,000円 1歳児：1,500円 2歳児：1,000円<br>※年齢は、毎月1日現在で判定します。                                                                                                                                              |              |  |  |        |  |
| 振 込 口 座            | <input type="checkbox"/> 児童手当の受給口座<br><input type="checkbox"/> その他（下記に記入し、口座番号の分かるものの添付（写し）が必要）                                                                                                     |              |  |  |        |  |
|                    | 銀行・信金・信連 本店・支店<br>漁協・（ ） 本所・支所・代理店                                                                                                                                                                  |              |  |  |        |  |
|                    | 口座番号                                                                                                                                                                                                | 普通・当座        |  |  | （フリガナ） |  |
| 同 意 事 項            | 以下の以降について了承の上、申請します。                                                                                                                                                                                |              |  |  |        |  |
|                    | <input type="checkbox"/> （同意する場合のみチェック）<br>1. 給付金は、前2か月分を偶数月の10日（休日の場合、前営業日）に振込みます。<br>2. 対象児童が3歳の誕生日を迎えた月に、受給権を喪失します。<br>3. 受給者または対象児童のいずれかがえりも町外に転出した場合は、受給権を喪失します。<br>4. 対象児童1人につき、受給者は1人のみとします。 |              |  |  |        |  |