

美波子育て応援給付金 申請書

申請日	令和 2年 月 日
令和2年7月1日時点の住民票所在市区町村	
美波	町長殿



○ 世帯主(申請・受給者)

(フリガナ) 氏名	生年月日	現住所
印	明治・大正・昭和・平成	美波町
	年 月 日	日中に連絡可能な電話番号 ()

※記名押印に代えて署名することができます。

下記の事項に同意の上、美波子育て応援給付金を申請します。

- ① 受給資格の確認に当たり、公簿等で確認を行うことがあります。
- 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。
- ③ 美波町が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振り込みが完了せず、かつ、申請受付開始日から申請期限までに、美波町が、申請・受給者(代理人も含みます。)に連絡・確認できない場合には、美波町は当該申請が取り下げられたものと見なします。
- ④ 偽りその他不正の手段により給付金の給付を受けた場合には、返還をしていただきます。

○ 給付対象者(下記の記載内容を御確認ください。もし記載に誤りがあれば、朱書きで訂正してください)

	氏名	続柄	生年月日	美波子育て応援給付金を希望されない方につきましては、以下のチェック欄(□)に×印をご記入ください。
1				<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>
合計金額			円	

希望する受取口座を裏面にご記載ください。