

低所得世帯子ども加算支援給付金申請書(請求書)

美波町長 殿

美波町
受付印

【誓約・同意事項】

以下の全ての誓約・同意事項について確認する場合は☑を入れてください。※全てにチェックが入らないと支給できません。

- 美波町低所得世帯子ども加算支援給付金の支給要件(※)に該当します。
※ 給付金の支給対象となるためには、以下の要件をすべて満たす必要があります。
ア 令和5年度美波町低所得世帯支援給付金(7万円)又は美波町個人住民税均等割世帯支援給付金(10万円)を受給済、又は申請中である。
イ 18歳以下の児童(平成17年4月2日生まれ以降の児童)を扶養している世帯である。
- 世帯の中に、住民税課税となる所得があるのに未申告である者はいません。
- 既に美波町低所得世帯子ども加算支援給付金の支給を受けた世帯ではありません。
(他区市町村において同様の要件で支給された子育て世帯への給付金(子ども加算一人5万円)を含む)
- 給付金(美波町低所得世帯子ども加算支援給付金分)の支給要件の該当性等を審査等するため、市区町村が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。
- 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- この申請書は、美波町において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
- 美波町が支給決定をした後、申請書(請求書)の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、令和6年6月30日までに、美波町が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、給付金(美波町低所得世帯子ども加算支援給付金)が支給されないことに同意します。
- 給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還します。

※この給付金は、美波町低所得世帯支援給付金又は美波町個人住民税均等割世帯支援給付金の支給対象の世帯のうち、子育て世帯への加算です。

1. 申請・請求者

申請・請求者	(フリガナ)	性別	生年月日	現住所
	氏名			
		男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	電話 ()

2. 振込口座 (原則、1. の申請・請求者名義の口座) 以下のいずれかの1つのチェック欄(☑)にしを入れて下さい。

振込を希望する口座を下欄に記載してください。(通帳等の写しが必要。長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。)

【受取口座記入欄】

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書き下さい。)	口座名義(カナ) ※「1. 申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
金融機関コード	本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は ※欄にご記入下さい)	通帳番号 (右詰めでご記入下さい)	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をご記入下さい。	1 ※		

※ 金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方など、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、美波町役場福祉課(0884-77-3614)にお問い合わせ下さい。

(2ページ目も必ずご確認下さい)

3. 給付金対象児童

	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	同居 別居の別	住所 (別居の場合のみ)
1		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
2		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
3		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
4		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
5		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
6		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
7		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
8		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

- 対象となる児童の範囲は、以下のとおりです。
 ア 令和5年12月1日時点で上記「1. 申請・請求者(世帯主)」と同一世帯である18歳以下の児童(平成17年4月2日生まれ以降の児童)
 イ 別世帯だが扶養している児童

4. 申請額・請求額

対象児童数 (「3. 給付金対象児童」に 記載の人数)	人	× 50,000円 =	申請額・請求額	円
-----------------------------------	---	-------------	---------	---

- 申請額・請求額は対象児童1人当たり一律50,000円となります。(例)対象児童3人の場合: 3人 × 50,000円 = 150,000円

提出書類

- ① 低所得世帯子ども加算支援給付金申請書(請求書)
(申請を必要とする世帯の場合)(本書)
※必要事項をご記入下さい。
- ② 『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』
※通帳やキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し(コピー)をご用意下さい。
- ③ 『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』
※申請・請求者の運転免許証、健康保険証、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)をご用意下さい。
- ④ 戸籍謄本及び対象児童の住民票
※別世帯だが扶養している児童がいる場合に限る

※【誓約・同意事項】のチェック漏れや、添付書類の不備はありませんか。(チェック漏れや添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。)

本申立ての内容に相違ありません。

令和 年 月 日 申請者氏名