

様式第1号（第7条関係）

三芳町出産・子育て応援給付金支給申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）三芳町長

申請者

住所

氏名

（電話番号 ）

伴走型相談支援及び出産・子育て応援給付金の一体的実施事業実施要綱第7条の規定により次のとおり申請します。

1. 申請額 _____ 円

2. 支給対象者

氏名	続柄	生年月日	住所

3. 給付金の口座振込先

金融機関	銀行・農協		支店
預金の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
名義人氏名			

4. 支給要件の確認（該当する箇所にを記入してください。）

支給要件等の 申告	<input type="checkbox"/> 令和4年4月1日以降に妊娠届出をしている。 ※妊娠であったことも含む。なお、届出時点で産科医療機関にて妊娠の判定を受けていること。
	<input type="checkbox"/> 令和4年4月1日以降に出生した児を養育する者である。 児の氏名（ ） ・ 生年月日（ ）
	<input type="checkbox"/> 申請時において、三芳町に住民票を有しており、他の自治体にて国の出産・子育て応援給付金を重複し支給を受けていない。

5. 支給の要件の同意（同意するものにを記入してください。）

個人情報閲覧の 同意	<input type="checkbox"/> 受給資格の要件を確認するための個人情報について、閲覧することを同意します。
申請取下げの同意	<input type="checkbox"/> 上記に記載された口座に振込手続き後、記載間違い等の理由により、振込が完了できず、町が確認等に努めたにもかかわらず、申請書の補正が行われない等、支給対象者の責に帰すべき事由により支給ができなかったときは、当該申請を取り下げたとみなすことに同意します。
支給返還の承諾	<input type="checkbox"/> 本事業による給付金の支給要件を満たさないことが判明したときは、全額返還することを同意します。