

様式第1号（第5条関係）

龍ヶ崎市出産育児支援特別給付金申請書兼請求書

令和 年 月 日

龍ヶ崎市長 様

住 所 龍ヶ崎市

申請者 氏 名 印

電話番号

(対象児との続柄 父 ・ 母)

龍ヶ崎市出産育児支援特別給付金の支給を受けたいので、龍ヶ崎市出産育児支援特別給付金支給事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

なお、給付金の支給の決定に当たり、住民基本台帳等の必要な書類を閲覧することに同意します。

1 対象児氏名等

対象児氏名	
生 年 月 日	令和 年 月 日生
対象児氏名	
生 年 月 日	令和 年 月 日生
対象児氏名	
生 年 月 日	令和 年 月 日生

2 申請（請求）額 金 円

3 振込先

金融機関	銀行 金庫 農協	口	フリガナ	
			口座名義人	
	本店 支店 支所 出張所	座	種 類	口 座 番 号
			1 普通 2 当座 3 その他 ()	

※ 振込口座は申請者名義のもののみとなります。

確認書類

振込口座を希望する通帳又はキャッシュカード（申請者本人名義に限る。）の写しを添付してください。