

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 2年 7月 22日

龍ヶ崎市長 様

住所 龍ヶ崎市3710番地
申請者氏名 龍ヶ崎 太郎
電話番号 0297-00-0000
(対象児との続柄 ⊗ ・ 母)

※押印してください。

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
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。

生まれた子どもの名
前と生年月日を記入
してください。

1 対象児氏名等

対象児氏名	龍ヶ崎 花子
生年月日	令和 2年 7月 22日生
対象児氏名	
生年月日	令和 年 月 日生
給付金は児童一人あたり 10万円になります。	令和 年 月

振込を希望する銀行口座
(ゆうちょでも可)。
※振込口座は申請者と
同じ名義の口座になります。

2 申請(請求)額

金 100,000円

3 振込先

金融機関	まいりゅう 銀行 金庫農協	口	フリガナ	リュウガサキ タロウ
			口座名義人	龍ヶ崎 太郎
	龍ヶ崎 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 ()	1 1 1 1 X X X

※ 振込口座は申請者名義のもののみとなります。