

浅川町新生児特別定額給付金申請書兼請求書

浅川町長 様

浅川町新生児特別定額給付金の交付を受けたいので、浅川町新生児特別定額給付金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり必要書類を添えて申請（請求）します。

なお、給付金の審査に当たり、次の事項に同意します。

- ① 町が給付金の決定に当たって必要な範囲内で公募等を閲覧又は、調査すること。
- ② 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出をすること。
- ③ 町が、申請書兼請求書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、申請期限までに、町が、申請者に連絡・確認ができない場合には、町は当該申請が取り下げられたものとみなすこと。

		申請日	令和 2 年 10 月 20 日
申請者 (父母等)	(フリガナ) 氏 名	アサカワ タロウ 浅川 太郎 印	
	住 所	〒963-6292 浅川町大字浅川字背戸谷地112番地の15 日中連絡可能な電話番号 0247 (36) 4121	
	交付対象児 (新生児)	(フリガナ) 氏 名	アサカワ ハナコ 浅川 花子
	生年月日	令和2年10月1日	続柄 (子)
給付金申請（請求）額		100,000 円	

押印

○振込先（申請者本人の口座に限ります）

金融機関名	支店名	種別 該当に○	口座番号 (右詰めでお書きください)	(フリガナ) 口座名義
〇〇銀行	〇〇支店	普通	1 2 3 4 5 6 7	アサカワ タロウ
	支店 コード 1 2 3	当座		浅川 太郎

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、 *欄にご記入ください。)	通帳番号 (右詰めでお書きください)	(フリガナ) 口座名義
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 をお書きください。	*		

添付する振込先口座確認書類と同じ
口座番号等を記入してください

※通帳番号の記載誤りがないか再度ご確認ください。通帳番号の記載誤りがあると、給付が遅れることがあります。

【添付書類】

- ・申請者の本人確認書類（運転免許証・健康保険証等のコピー）
- ・通帳※またはキャッシュカードのコピーなど振込先に記入した内容が確認できるもの

※金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人氏名のわかるページ

必ず必要書類の
添付をお願いします