様式第1号(第6条関係)

令和　　年　　月　　日

　下川町長　　　　　　　様

住所

申請者　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　　　(新生児との続柄　　　　)

下川町新生児臨時特別定額給付金支給申請書

　私は、下川町新生児臨時特別定額給付金の支給を受けたいので、下川町新生児臨時特別定額給付金事業実施要領第６条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

　なお、特別定額給付金の支給決定に当たり、住民基本台帳等必要な書類を閲覧することに同意します。

記

１　新生児名

２　新生児生年月日　　　　　　　年　　月　　日生

３　支給申請額　　　１００,０００円×　　人分

上記の給付金は、次の金融機関の口座に振り込んでください。

（振込先口座は、申請者名義の口座に限る。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座名義人氏名 | ※カタカナでご記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 |  | 銀行・信用金庫  労金・農協 | |  | | | | | 本店・支店  支所・出張所 | | | |
| 預 金 種 目 | 1普通　2当座 | | 口座番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |

※振込先金融機関の通帳等の写しを添付してください。