

別記様式第 1 号(第 3 条関係)

子育て応援事業給付申請書

平成 年 月 日
申請者 住 所 むかわ町
氏 名
電話番号

下記のとおり子育て応援事業の給付を申請いたします。

乳幼児名	住 所	むかわ町
	ふ り が な	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生 歳 か月
	ふ り が な	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生 歳 か月
	ふ り が な	
氏 名		
生 年 月 日	年 月 日生 歳 か月	
同 意 欄	町税、国民健康保険税の納付状況について、町長が税務関係当局に報告を 求めることに同意します。	
	平成 年 月 日 氏名 印	

※記載した情報は、この目的以外に使用することはありません。

給付要件の確認欄

(確認日) 平成 年 月 日

給付要件の決定欄

子 育 て 応 援 事 業 支 給 期 間 及 び 数 量 等	☐ 給付要件を確認し給付いたします。 (1)支給期間 年 月から 年 月まで (2)数 量 等 ☐ 給付要件に該当しませんので給付できません。
------------------------------------	--