

浦幌町紙おむつ購入費助成金申請書

年 月 日

浦幌町長 様

申請者 住 所 浦幌町字
氏 名 印
乳児等との続柄 ()
電 話

浦幌町紙おむつ購入費助成金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。
また、浦幌町紙おむつ購入費助成要件の該当性等を審査するため、浦幌町が住民基本台帳及び支給対象乳児等の養育等について確認することに同意します。

記

1. 支給対象乳児等

フリガナ			
氏 名			
住 所	浦幌町字		
生年月日	年 月 日生	性 別	男・女
事 由	出 生 ・ 転 入 (年 月 日転入)		

2. 申請額 ※該当する項目の () に○を記入

() 出 生	60,000円	
() 転 入	円	2,500円×()月分

3. 振込先金融機関

名 称	() 銀行・信用金庫・農協	支店名	本店・() 支店
種 別	普通 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義人	