

第3号様式（第8条関係）

葉山町子育て応援金申請書（請求書）

年 月 日

葉山町長 殿

| | | | |
|-----------------------------------|--|---------|--------------------------------|
| 住 所 | | 電 話 番 号 | |
| 申請者氏名 <small>(対象者との関係)</small> | | 産婦氏名 | <small>※申請者と同一の場合は記入不用</small> |

| | | |
|-------------------------|-------|--|
| 出 産 し た 子 ども の 名 前 | 1 | |
| | 2 | |
| 子どもの誕生日 | 年 月 日 | |
| 出生時点の住所地（現住所と異なる場合のみ記載） | | |
| フリガナ 養育者氏名 | | |

子育て応援金（子ども1人につき5万円）の支給を

希望します

出生届出後に面談等を行いました。

他の自治体で、出産・子育て応援交付金による出産応援金（ギフト）の支給を受けていません。

※ 出産応援金（ギフト）の支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。

希望しません

振込先（通帳等の写しを添付すること）

| 金融機関名 | | 支店名 | | 種別 | 普通 当座 | 口座 番号 | | | | |
|---------|------------------------|-------|--|----------|----------|----------|--|--|--|--|
| | 1 銀行 3 信組 2 金庫 4 農協 | | | | | | | | | |
| 金融機関コード | | 支店コード | | 口座 名義 | フリガナのみ | | | | | |

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（産婦健康診査受診状況、産後ケア事業利用状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等）について、必要に応じて相互に、確認・共有することに同意します。

署 名 _____

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日