

羅臼町出産祝金支給申請書兼請求書

羅臼町長		申請日	年 月 日
申請者	フリガナ		生 年 月 日
	氏名		年 月 日
	住所	〒 ー 電話番号：	
対象新生児	フリガナ		生 年 月 日
	氏名	(男 ・ 女)	年 月 日
	第何子	第 子	同居 ・ 別居
			養育・監護の有無 有・無
申請金額	500,000円		
世帯状況 (対象新生児は除く。)	氏名	申請者との続柄	生 年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

※公簿等で確認できない場合は戸籍等を提出していただく場合があります。

<p style="margin: 0;">同 意 書</p> <p style="margin: 5px 0;">羅臼町出産祝金の支給決定に当たり、担当者が住民基本台帳、町税等の納税情報等必要な書類を閲覧し確認することに同意します。</p> <p style="margin: 10px 0; text-align: right;">申請者氏名 _____ (自署)</p>
--

上記金額を下記口座に振り込んでください。

振込先口座	申請者名義の口座のみ		
	金融機関名		支店名
	貯金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義	フリガナ	

※ 通帳の写しを添付してください。