

年 月 日

中能登町長

申請者 住 所 中能登町  
氏 名  
連絡先

出 産 祝 金 交 付 申 請 書

中能登町出産祝金条例による出産祝金の交付を受けたいので次のとおり申請します。

養育者	氏名		住所（申請者と異なる場合のみ）	
	父			
	母			
対象児童	氏名		生年月日	区分
			年 月 日	第 子
同一世帯の兄弟姉妹	氏名		生年月日	続柄
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

※同一世帯の兄弟姉妹の続柄には申請する対象児童との続柄を記載してください。

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協	支店
	預金種別・口座番号	普通 ・ 当座	No.
	フリガナ		
	口座名義人		

【同意確認事項】

- 1 本祝金にかかる審査及び給付にあたって、申請者世帯の町税・公課の滞納に係る調査、公簿の閲覧及びその他関係機関への資料の提供を求めることに同意します。
- 2 対象児童とともに中能登町に1年以上定住する意思があります。  
なお、申請者及び対象児童が出産後1年未満で転出又は町外に居住した場合は本祝金の半額を返還致します。

年 月 日 申請者氏名 \_\_\_\_\_

【事務処理欄】（記入不要です。）

年 月 日に受理した上記の申請については条例の規定に該当するものと認められます。また、第 子であることを確認しました。

交付金額 金 万円

年 月 日 担当者氏名：

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 住民登録 | <input type="checkbox"/> 1年   |
| <input type="checkbox"/> 町税   | <input type="checkbox"/> 保育   |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢 | <input type="checkbox"/> 介護保険 |
| <input type="checkbox"/> 学校給食 | <input type="checkbox"/> 住宅   |
| <input type="checkbox"/> 水道   | <input type="checkbox"/> 母子保健 |