

軽井沢町出産祝金支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

軽井沢町長 様

振込先金融機関の口座名義人と
同一の方で申請してください

申請者 住 所 軽井沢町〇〇123-45
氏 名 〇〇 〇〇
電 話 000-0000-0000

軽井沢町出産祝金支給要綱第4条の規定により、下記のとおり出産祝金の支給を申請します。

記

出産祝金請求額

50,000

円

第1子：50,000円
第2子：50,000円
第3子：80,000円
第4子以降：150,000円

新 生 児	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名	〇〇 〇〇		
	生年月日	〇年〇月〇日	父母との続柄	子 (第 1 子)
住 所	軽井沢町〇〇123-45			
父 母 氏 名	父	母		

第1子のお子様から新生児児童
まで全員記入してください

対 象 児 氏 名	生 年 月 日	同居・別居	監護の有無	生計関係
第 1 子	〇〇 〇〇 平成 〇年〇月〇日	同居 別居	有 無	同一・維持
第 2 子	平成 〇年〇月〇日	同居・別居	有・無	同一・維持
第 3 子	平成 〇年〇月〇日	同居・別居	有・無	同一・維持
第 4 子	平成 〇年〇月〇日	同居・別居	有・無	同一・維持
第 5 子	平成 〇年〇月〇日	同居・別居	有・無	同一・維持

※ 対象児氏名欄には新生児を含め、兄弟・姉妹全員を記入してください。
必要に応じて書類を添付していただく場合もあります。

振込先金融機関 *申請者名義の口座に限ります。

振 込 先	〇〇〇	銀行 農協 県信 信金	△△△	支店	口座名義人	ふりがな
				支所	口座番号	普通 当座