

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

氷見市長 あて

申請者住所 氷見市
氏名
電話

0歳児おむつ無償化事業給付金支給申請書

次のとおり氷見市0歳児おむつ無償化事業給付金の支給を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日生
乳児氏名			
住所	氷見市		
支給申請額	円		

誓約 (同意) 事項	<ul style="list-style-type: none">・乳児と共に引き続き1年以上氷見市に住所を有すること。・乳児が、出生から1年以内に市外に転出した場合、給付金を全額返金すること。・支給決定にあたり、申請者及びその世帯の住民基本台帳等必要な資料を氷見市が閲覧すること。 <p>上記について同意し、誓約します。 氏名</p>
------------------	---

支給方法について（申請者名義の口座に限ります）

給付金の受取方法 (希望する方にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 児童手当と同じ振込口座（氷見市からの受給者のみ）		
	<input type="checkbox"/> 指定の金融機関口座（下記にご記入ください）		
指定の振込口座 (この場合、通帳又はキャッシュカードの写しを裏面に添付してください。)	金融機関名	銀行・信金 信組・農協	
	支店名	営業部・支店 出張所・支部	
	口座名義人 (カナ記入)		
	口座番号	普通	

※ 裏面に確認書類を貼付してください。

申請者本人確認書類

※運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（表面）、年金手帳、
パスポート等の写し

振込先金融機関口座確認書類

※受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かる通帳や
キャッシュカードの写し