

大鰐町新生児特別定額給付金申請書

令和 年 月 日

大鰐町長様

○申請・受給権者

フリガナ 氏名	現住所	生年月日	給付対象者 との続柄
印	大鰐町大字 電話番号 — —	昭和・平成 年 月 日	

下記の事項に同意の上、大鰐町新生児特別定額給付金を申請します。

- ① 受給資格の確認に当たり、公簿等で確認を行うことがあります。
- ② 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出をお願いします。
- ③ 下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振り込みが完了せず、申請期限までに町が申請・受給権者に連絡できない場合には、町は当該申請が取り下げられたものとみなします。

○給付対象者

氏名	生年月日	金額
	令和 年 月 日	円

○振込先口座記入欄

金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	本・支店 本・支所 出張所	預金種別	当座・普通
口座番号					
フリガナ					
口座名義					

※振込先の口座名義人は、申請・受給権者と同一の方としてください。

【添付書類】

- 振込先の金融機関、支店、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）がわかる通帳等のコピー
- 運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードのいずれかのコピー