

足利市出産祝い金支給申請書

※受付年月日		年 月 日		<input checked="" type="checkbox"/> 申請後も、足利市に居住する予定です。				
対象となる子	ふりがな 氏名			第 子	父の氏名	母の氏名		
	生年月日	年 月 日	住所				電話	
対象となる子以外の子	氏 名		続柄	生年月日	同居・別居の別	住所(別居の場合)	監護・養育の有無	
				年 月 日	同・別		有・無	
				年 月 日	同・別		有・無	
				年 月 日	同・別		有・無	
				年 月 日	同・別		有・無	
				年 月 日	同・別		有・無	
振込先	金融機関名・支店名	・ 支店出張所		※ 処 理	受付番号	第 号	支給金額	
	口座番号				支給決定・申請却下 決定年月日	年 月 日	支払年月日	年 月 日
	フリガナ 口座名義				判 定	支給決定 申請却下	公簿照合	住民基本台帳 戸籍
上記のとおり出産祝い金の支給を申請します。なお、申請書の審査に際し、住民基本台帳及び戸籍を照合することについて了承します。  年 月 日  足利市長 様  申請者氏名				特記事項				

備考 太枠※印の欄は、記入しないでください。