

第1号様式（第4条関係）

阿賀野市乳児紙おむつ購入費助成金交付申請書兼請求書

平成 年 月 日

阿賀野市長 様

申請者（保護者等） ㊦

住所 阿賀野市

氏名 印

（乳児との続柄 ）

電話番号

阿賀野市乳児紙おむつ購入費の助成を申請し、請求します。  
 助成認定のため、貴職が世帯の市税等の状況の調査及び世帯の状況に係る住民基本台帳等の公簿の閲覧を行うことに同意します。

- 1 助成申請兼請求額 金 円
- 2 申請対象期間 年 月～ 年 月分
- 3 乳児氏名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 年 月 日（ 歳 か月） 男・女
- 4 添付書類 母子健康手帳の写
- 5 転入の場合 転入月日 年 月 日(前住所地の納税証明書が必要となります。)
- 6 助成金振込先

振込先	名称	銀行・農協 信組・信金		支店 支所
	種別	普通・当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人	

\*以下は記入しないでください  
 課税等状況

	氏名	年齢	申請者との関係	市税等の状況（滞納の有無を担当課で記入）			
				市税	国民健康保険税	保育園保育料	幼稚園保育料
世帯の状況（本人を含む）			本人				
審査結果				年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定		