

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

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者（保護者等）〒959-2092

住所 阿賀野市岡山町10番15号

氏名 阿賀野 太郎 印

（乳児との続柄 父親）

電話番号 62-2510

連絡の取れる番号

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

請求金額は訂正できませんので、記入しないでください。

2 申請対象期間

年 月～年 月分

未到達月は不可

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

こちらでコピーしますので、母子手帳を持ってきてください。

5 転入の場合

転入月日 年 月

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	

申請者は父親・母親どちらでも可能ですが、口座名義人は申請者と同じ名義をお願いします。

*以下は記入しないでください

課税等状況

世帯の状況（本人を含む）	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
			本人				
審査結果	年 月 日			□ 認定 □ 不認定			

ここは記入しないでください。
市税等の確認は世帯全体を確認します。