

様式2号（第9条、第10条関係）

小林市子育て応援ギフト支給申請書兼請求書

年 月 日

小林市長 様

子育て応援ギフトの支給について、裏面の同意事項を確認し、申請及び請求します。

1 申請・請求者

| | | |
|-----------------------------------|---|-------|
| ふりがな | | 生年月日 |
| 氏名 | ㊟ | 年 月 日 |
| 現住所 | | |
| 電話番号 | | |
| 対象児童の誕生日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載) | | |

2 対象児童

| | | |
|------|--|-------|
| ふりがな | | 生年月日 |
| 氏名 | | 年 月 日 |
| ふりがな | | 生年月日 |
| 氏名 | | 年 月 日 |

3 申請額（請求額） _____ 円

4 振込口座

| | | | |
|----------------|--------------------|------|-----------------------|
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫 労働金庫・農協 | 店名 | 本店（所） 支店（所） 出張所 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | |
| 口座名義人の フリガナ | | | |

【裏面も必ず御確認ください】

【同意事項】

子育て応援ギフトの支給を希望する場合は、①から④までの全ての項目を確認し、□にチェック (☑) してください。

□以下全ての事項について確認し、同意します。

- ① 他の自治体で、出産・子育て応援交付金による子育て応援ギフトの支給を受けていません。
- ① 出産・子育て応援交付金による子育て応援ギフトの支給状況について、他の自治体に確認することを同意します。
- ② 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援に必要となる場合には、市、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果等）について、必要に応じて確認・共有することに同意します。
- ③ 子育て応援ギフトの支給後、本申請の記載事項について虚偽があることが判明した場合や二重支給が発覚した場合には、子育て応援ギフトを返還します。

(署名) 申請・請求者氏名

(署名日) 令和 年 月 日

【添付書類】

- 申請・請求者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し
(申請時住所記載の住民票、マイナンバーカード(表)、運転免許証など)
 - 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
- ※母子健康手帳を持参ください。