

様式第1号（第4条関係）

八潮市誕生祝金支給申請書

年 月 日

（宛先）八潮市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり八潮市誕生祝金の支給を申請します。なお、支給の可否の決定に当たり、八潮市誕生祝金の支給に関する要綱第2条に規定する事項に関する個人情報について照会することに同意します。

支給対象者	フリガナ		生年月日	支給対象児童との続柄
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	昭和 年 月 日生 平成	父・母
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()		
支給対象児童	フリガナ		生年月日	
	氏 名		平成 年 月 日生 令和	
振込先	金融機関	銀行 信金 農協 信組	支 店 出張所	
	口座番号	(普)	口座名義 (ｶﾀｶﾅ)	申請者名義のもの

振込先は（ 児童手当 ・ こども医療費 ）と同じ

※処理欄	支給対象者が住民となった年月日			年 月 日		
	市税等 確認欄	市民税	固定資産税 都市計画税	軽自動車税	国民健康 保険税	保育料
		<input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 該当なし

- 1 出生の日以後、1年以内に申請してください。
- 2 処理欄は、記入しないでください。（不足確認欄 児童手当・こども医療）