

【ホームページ用】

職員記入欄

出生 転入

別記様式（第6条関係）

年 月 日

国立市長 殿

国立市新生児への特別定額給付金 申請書兼請求書

1. 申請者

フリガナ 氏 名	生年月日	住 所
<input type="checkbox"/> <small>*記名押印に代えて署名することができます。</small>	S・H 年 月 日	〒 連絡先（ ）
給付対象者区分 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 児童手当受給者 <input type="checkbox"/> こども医療費助成被助成者等 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
新生児に対する他の自治体での同様の給付金 (商品券等の金券を含む。)の受給の有無 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> あり 自治体名 : 受給金額 : 円 <input type="checkbox"/> なし	

下記の事項に同意の上、国立市新生児への特別定額給付金を申請します。

- ・ 給付金の支給要件の該当性を審査するため、国立市が住民基本台帳情報等の個人情報を公簿等で確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- ・ 虚偽又は不正の手段により、給付金を受給したことが判明した場合は、給付金を返金します。

2. 給付対象となる新生児の氏名、生年月日及び合計金額欄を記載してください。

	新生児氏名	生年月日 (R2.4.28~R3.3.31)	続柄
1		令和 年 月 日	
2		令和 年 月 日	
3		令和 年 月 日	
合計金額	名 × 1 0 0 , 0 0 0 円 =		円

【ホームページ用】

3. 受取口座（受取口座は、申請者名義のものに限ります。新生児の口座不可）

金融機関名		支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	口座名義(フリガナのみ)
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.進協 3.信組 7.信連連 4.信連		本・支店 本・支所 出張所	1.普通 2.当座		※ 通帳の表記に合わせてください。
金融機関コード		支店コード			

4. 代理人申請を行う場合

※ 申請者の代理として申請を行う場合に限り、以下をご記入ください。

代理人（被委任者）氏名	代理人住所	代理人生年月日
フリガナ Ⓜ		年 月 日
上記の者を代理人として、 国立市新生児への特別定額給付金の申請を委任します。		申請者（委任者）氏名 フリガナ Ⓜ

※ 記名押印に代えて署名することができます。

<添付書類1>

【3で記入した受取口座の通帳又はキャッシュカードの写しを以下の枠に貼付してください。】

<添付書類2>

【申請者及び代理人の本人確認書類の写しを以下の枠に貼付してください。】

・運転免許証のコピー ・マイナンバーカードのコピー（個人番号は塗抹してください。）
 ・健康保険証のコピー ・パスポートのコピー ・年金手帳のコピーなど
 （上記のうちいずれか一点、貼付してください。）

※ 代理人がない場合は、代理人の本人確認書類は不要