

上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金申請書(請求書)

市区町村
受付印

上砂川町長殿

1. 申請・請求者、配偶者等

記入日 令和 年 月 日

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	申請・請求者の現住所	
	男・女	S・H 年 月 日	電話 ()	
			マイナンバー	
(フリガナ) 配偶者等氏名	同居・別居 の別	生年月日	別居の場合は住所を記載	
	同居・別居	年 月 日	マイナンバー	

※裏面の事項(1)~(6)に誓約・同意の上、申請します。

2. 対象児童

本給付金の支給対象児童(※)について記入してください。

※「支給対象児童」の範囲は、平成17年4月2日から令和6年2月29日までに生まれた児童(障がい児については20歳未満)

No.	(フリガナ) 氏名	続柄	性別	生年月日	同居・別居 の別	住所(別居の場合のみ記入)
1				年 月 日		
2				年 月 日		
3				年 月 日		
4				年 月 日		
5				年 月 日		

3. 申請額・請求額

対象児童数	人	申請額・請求額	円
-------	---	---------	---

※対象児童1人につき3万円になります。

4. 受取方法

本給付金の受取口座については「1. の申請・請求者」の口座とします。

※振込先金融機関口座確認書類を裏面に添付してください。

【受取口座記入欄】

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。)	(フリガナ) 口座名義
金融機関番号	店番号			

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。

※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。

【誓約・同意事項】

- (1) 上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金の支給要件に該当します。
- (2) 上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、市区町村が必要な税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
- (3) 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。
- (4) この申請書は、上砂川町において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
- (5) 上砂川町が支給決定をした後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、上砂川町が定める期限までに申請・請求者に連絡・確認できない場合には、上砂川町は当該申請が取り下げられたものとみなします。
- (6) 給付金の支給後、令和5年度低所得の子育て世帯に対する子育て世帯生活支援特別給付金支給対象者など、上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金を返還します。

提出書類

- 『上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金 申請書(請求書)』(本書)
※ 必要事項をご記入ください。
- 『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』
※ 申請・請求者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)をご用意ください。
- 『申請・請求者の世帯の状況、対象児童との関係性を確認できる書類の写し(コピー)』
※ 対象児童との関係性を確認できる資料(戸籍謄本、対象児童の保険証(コピー)等)
- 『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』
※ 通帳やキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し(コピー)をご用意ください。

上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金申請書(請求書)

市区町村
受付印

記入例

上砂川町長殿

1. 申請・請求者、配偶者等

記入日 令和〇年〇月〇日

(フリガナ) 氏名 〇〇 〇〇	性別 男	生年月日 S・H □年□月□日	申請・請求者の現住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇 電話 ××××(××)××××
〇〇 〇〇	女	□年□月□日	マイナンバー 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
(フリガナ) 配偶者等氏名 〇〇 〇〇	同居・別居 の別 同居	生年月日 S・H □年□月□日	別居の場合は住所を記載
〇〇 〇〇	別居	□年□月□日	マイナンバー 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

※裏面の事項(1)~(6)に誓約・同意の上、申請します。

2. 対象児童

本給付金の支給対象児童(※)について記入してください。
※「支給対象児童」の範囲は、平成17年4月2日から令和6年2月29日までに生まれた児童(障がい児については20歳未満)

No.	(フリガナ) 氏名	続柄	性別	生年月日	同居・別居 の別	住所(別居の場合のみ記入)
1	〇〇 〇〇	子	男	平成 □年□月□日	同	
2	〇〇 〇〇	子	女	令和 □年□月□日	同	
3				年 月 日		
4				年 月 日		
5				年 月 日		

3. 申請額・請求額

対象児童数	2 人	申請額・請求額	60,000 円
-------	-----	---------	----------

※対象児童1人につき3万円になります。

4. 受取方法

本給付金の受取口座については「1. の申請・請求者」の口座とします。

※振込先金融機関口座確認書類を裏面に添付してください。

【受取口座記入欄】

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。)	(フリガナ) 口座名義
〇〇〇〇	1.銀行	本所	0 0 0 0 0 0 0 0	〇〇 〇〇
金融機関コード 0 0 0 0 0	店番号 0 0 0	1 普通		〇〇 〇〇

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。

※長期間入金のない口座を記入しないで下さい。

【誓約・同意事項】

- (1) 上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金の支給要件に該当します。
- (2) 上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、市区町村が必要な税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
- (3) 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。
- (4) この申請書は、上砂川町において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
- (5) 上砂川町が支給決定をした後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、上砂川町が定める期限までに申請・請求者に連絡・確認できない場合には、上砂川町は当該申請が取り下げられたものとみなします。
- (6) 給付金の支給後、令和5年度低所得の子育て世帯に対する子育て世帯生活支援特別給付金支給対象者など、上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金を返還します。

提出書類

- 『上砂川町子育て世帯生活支援特別給付金 申請書(請求書)』(本書)
※ 必要事項をご記入ください。
- 『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』
※ 申請・請求者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)をご用意ください。
- 『申請・請求者の世帯の状況、対象児童との関係性を確認できる書類の写し(コピー)』
※ 対象児童との関係性を確認できる資料(戸籍謄本、対象児童の保険証(コピー)等)
- 『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』
※ 通帳やキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し(コピー)をご用意ください。