様式第１号

新庄市出産支援給付金　申請書

年　　月　　日

新 庄 市 長　　殿

○申請者

フリガナ 氏　　名	現　住　所	生 年 月 日
		昭和・平成 年　　月　　日
	日中に連絡可能な電話番号　　（　　）	

下記について確認・同意の上、新庄市出産支援給付金を申請します。

・受給資格の確認にあたり、公簿等で確認を行うことがあります。

・この給付金の給付は支給対象児一人につき１回のみとなります。

○給付対象児（給付金の対象となる新生児について御記入ください。）

氏　　名	生 年 月 日	出生後最初に住民登録を行った市町村
	令和　　年　　月　　日	
	令和　　年　　月　　日	
	令和　　年　　月　　日	
申請する金額（58,000 円×給付対象児の人数）		円

○受取口座（申請者と同じ名義の口座になります。）

受取口座（申請者名義の口座）	金 融 機 関 名	
	本　支　店　名	
	口　座　種　別	
	口　座　番　号 （左詰めで記入）	
	口 座 名 義 人	（フリガナ）

※1 記載された受取口座については、保護者の間で相互に了解済みであるものと認識し、振込みを行います。

※2 申請者受取口座の通帳のコピーを添付してください。

申請者本人確認書類・振込先金融機関口座確認書類　貼付シート

申請者本人確認書類（写）　貼り付け欄

・運転免許証のコピー　・マイナンバーカードのコピー
・健康保険証のコピー　・年金手帳のコピー　　等

振込先金融機関口座確認書類（写）　貼り付け欄

・通帳（口座番号が書かれた部分）のコピー
・キャッシュカードのコピー

確認事項

（申請書を提出する前に、以下の項目について必ずご確認ください）

①ご記入いただいた項目に記載漏れ、記載誤りがないか、再度ご確認ください。

②特に、ご記入いただいた口座番号と添付した振込先金融機関口座確認書類に記載された番号が一致することをご確認ください。

③添付資料に漏れがないか御確認ください。