

出生祝金支給認定申請書

年 月 日

新見市長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号( )

以下の事項に同意の上、出生祝金の支給を次のとおり申請いたします。

- ・出生祝金の支給要件の審査のため、必要な公簿等の確認を行うことに同意します。
- ・出産後1年未満で新見市から転出する場合には、規定に基づき祝金を返還します。
- ・偽りその他不正の手段により出生祝金の支給を受けた場合には返還します。

支 給 申 請 額 金 円

出産した母親の氏名		配偶者の氏名	
出産の年月日	年 月 日		
子どもの氏名	フリガナ	子どもの性別	男 ・ 女
振込金融機関		信用金庫 銀行 農 協	支 店
口座番号 預金種別		口座 名義人	フリガナ
※(市で記入) 住民登録年月日	年 月 日	確認者印	