

出産祝金支給申請書

上川町長様			提出年月日		年 月 日			
申請者	(ふりがな) 氏 名			住所	上川町			
					電話 ()			
生年月日	年 月 日			配偶者の有無		有・無		
支給要件児童	氏 名	続柄	生 年 月 日		同 居・ 別居の別	別 居 地		※支給対象 児童○印
			・ ・		同・別			斜線
			・ ・		同・別			斜線
			・ ・		同・別			
			・ ・		同・別			
			・ ・		同・別			
※	決裁	町 長	副町長	課 長	補 佐	副主幹等		合 議
	受付確認 年 月 日	年 月 日			認定・却 下年月日	年 月 日		
決 定 欄	1 上記支給申請を審査の結果、適当と認められるので次のとおり認定する。							
	支給区分		祝金の額		支給日(支給時期)			
	出産祝金		10万円		年 月 日			
備 考	2 次の理由により、上記支給申請を却下する。 ・ 却下理由							

(注) 請求者は※欄は記入しないでください。

(注) 支給要件児童は第1子から記載をしてください。