様式第１号（第６条関係）

塙町出産御祝金交付申請書

年　　月　　日

塙町長　　　　　　　　様

住所　塙町大字

申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

出生児との続柄（ 父 ・ 母 ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　　－

塙町出産御祝金交付要綱第６条の規定に基づき、次のとおり申請します。

また、町が交付要件を確認するに当たり、住民基本台帳等必要な書類を閲覧することに同意します。

１．塙町出産御祝金交付申請額　　　１５０，０００円

２．対象新生児

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | 生年月日 | 出生順位 |
|  | 年　　月　　日 | 第　　　子 |

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

【町処理欄】　　　　　　　　　　　　　　　交付決定日　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者定住日（住基確認） | 新生児 | 認定番号 | 申請受付印 |
| 居住状況  　　　　　年　　月　　日 ～    第３条第２項　　該当 | 住基登録  有 ・ 無 | 第　　号 |  |
| 出生順位  第１子  第２子  第３子以降 |