様式第2号（第7条関係）

**御杖村子育て応援給付金支給申請書**

　　　年　　　月　　　日

御杖村　長　様

|  |
| --- |
| 住　　所　　御杖村大字　　　　 |
| 申 請 者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号　　　　　　　－　　　　　－　　　 |
| 児の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 児の生年月日　　　 　　　年　 　　月　　 　日 |
| 出生日時点の住所地（現住所と異なる場合のみ記載） |

1. 子育て応援給付金の給付（児童１人につき５万円）を
* 希望します。
* 希望しません。
1. 振込先

□　出産応援給付金の支給時に指定した振込先を希望する。※振込先の記入は不要です。

□　出産応援給付金の支給時に指定した振込先以外の口座を希望する。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | 口座名義 |
| 銀行信金農協 | 本店支店出張所 | 普通当座 | 　　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |

|  |
| --- |
| 1. 村が子育て応援給付金の支給要件の該当性を審査するため、必要な住民基本台帳の公簿等の確認を行うこと。
2. 子育て応援給付金の支給要件の該当性を審査するため、必要な場合は村の求めに応じて関係書類の提出をすること。
3. 村において審査及び支給決定をした後、村がこの申請書を給付金の請求書として扱うこと。
4. 村において審査及び支給決定をした後、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、村が定める期限までに申請者に確認・連絡ができない場合には、村は当該支給申請が取り下げられたものとみなすこと。
5. 妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイド内容など）について、必要に応じて相互に確認・共有すること。
6. 他の自治体で子育て応援給付金（出産・子育て応援交付金による出産応援ギフト）の支給を受けていないこと。また、その支給状況などについて他の市町村に確認すること。

申請にあたり上記事項に同意します。年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　署名　　　　　　 |