

出産世帯応援補助金申請明細書

申請者 (A)	住所	伊予市				生年月日	
	フリガナ 氏名	()				年	月 日
					対象児童誕生日 時点の年齢	歳	
Aの配偶者 又は対象児童 の認知者	住所					生年月日	
	フリガナ 氏名	()				年	月 日
					対象児童誕生日 時点の年齢	歳	
対象児童 (人)	フリガナ 氏名	()		生年月日	令和	年 月 日	
	母子健康手帳 発行自治体		発行日	年 月 日	交付番号		
	フリガナ 氏名	()		生年月日	令和	年 月 日	
	母子健康手帳 発行自治体		発行日	年 月 日	交付番号		
確認・誓約事項 確認のうえ <input checked="" type="checkbox"/> を記入	<input type="checkbox"/> 上記対象児童に関し、他の自治体から同趣旨の補助金交付は受けていません。虚偽又は錯誤にかかわらず重複受給があった場合は、交付済であっても速やかに全額を返還します。						
申請区分	購入商品名及び型番等				区分ごとの 補助対象金額		
a. 育児用品購入費	品名				a	円	
b. 時短・省エネ家電購入費	品名及び型番				b	円	
上記の表に記載しきれない場合は、a、bの区分ごとの個別経費及び合計を記載した別紙明細書を添付のこと。				前年度受給済 補助金額	,000 円		
				補助金請求額	,000 円		

○下記の資料を添付すること。

<input type="checkbox"/> 別紙明細書 (当様式に記載しきれない場合)
<input type="checkbox"/> 補助金振込先口座の通帳写し等 (金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人が明記されたもの)
<input type="checkbox"/> 関係3者の住所、続柄のほか、対象児童の出生時点の父母の年齢が分かる書類
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し (発行自治体、発行日、交付番号及び母子の氏名が分かるもの)
<input type="checkbox"/> 領収書等原本 (インターネット等で購入した場合は、商品名、購入日、購入金額等が記載されたページ)
<input type="checkbox"/> 事業に関するアンケート調査票 (出産世帯応援補助金)

税務課 確認欄	市税の 未納	申請者 (無・有) 配偶者 (無・有)	原課依頼日 税務課確認日	年 月 日 年 月 日	確認者	
------------	-----------	----------------------------	-----------------	----------------	-----	--