

第1号様式（第4条関係）

阿賀町乳児紙おむつ購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

阿賀町長 様

申請者 住 所 阿賀町

氏 名

(乳児との続柄 )

電話番号

阿賀町紙おむつ購入費の助成を下記のとおり申請し、請求します。

また、助成要件を審査するため、貴職が世帯の状況にかかる住民基本台帳等の公簿の閲覧を行うことに同意します。

記

1 支給対象乳児

フリガナ 氏 名			
住 所	阿賀町		
生 年 月 日	年 月 日生	性 別	男 ・ 女
事 由	出生 ・ 転入（転入年月日： 年 月 日）		

2 支払希望金融機関

名 称	銀行・農協 信組・信金		支店 支所
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口 座 名 義			

3 添付書類 母子健康手帳の写し