

様式第 1 号（第 4 条関係）

井川町出産祝金品支給申請書

年 月 日

井川町長 様

申請者 住所
氏名 印
連絡先（電話）

次のとおり、出産祝金品の支給を申請します。

なお、井川町出産祝金品支給要綱第 2 条第 1 項第 2 号に規定する要件に該当しなくなったときは、支給された出産祝金を速やかに返還することを誓約します。

ふりがな	
出生児氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日
両親の氏名	父
	母
出産順位	第 子
父母との続柄	
出産後 1 年以上引き続き住所を有する意思	有 ・ 無
出産祝金品申請額	5 万円相当のクーポン券

※提出の際、母子健康手帳を持参して下さい。