

令和 年 月 日

井川町長 様

申請者 住 所 井川町
氏 名(保護者名) 印
電 話

※日中連絡を取ることができる番号

井川町特別定額給付金支給申請書兼請求書

井川町特別定額給付金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

こどもの氏名等	氏 名		生年月日	年 月 日
※給付金申請額 (井川町記入欄)		円		

☆申請口座は必ず保護者の口座となります。

金融機関名			本 支店名			普通・当座	
口座番号							
フリガナ							
口座名義人							

(添付書類) 母子健康手帳の写し