

令和 年 月 日

井川町長 様

申請者 住 所 井川町
氏 名(保護者名)
電 話

印

※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

子どもの氏名等	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