別記様式（第４条関係）

**大仙市スマイル子育て応援出産祝金支給申請書**

市受付印

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 年　　月　　日 |
| 大仙市長 | |

**○支給対象児童の保護者（申請・受給者）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （　フ　リ　ガ　ナ　） | | 生年月日 | 住　所 |
| 氏　　　　　名 | |
|  | | 大正・昭和・平成 |  |
|  | | 年　　　月　　　日 |
| 対象児童との関係 |  | 連絡先 | － 　　 　　　　－  ※昼間に連絡可能な電話番号を記載してください。 |

同意事項に同意の上、次の金額の給付を申請します。

【同意事項】

* 受給資格の確認に当たり、市区町村の保有する公簿等で確認が行われること。
* 公簿等で確認できない場合には、関係書類の提出に応じること。

**○支給対象児童**

**（令和2年4月1日以降に出生し、出生と同時に市の住民基本台帳に記録された児童）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （　フ　リ　ガ　ナ　） | 生年月日 | 住　所 |
| 氏　　　　　名 |
|  |  |  |
|  | 年　　月　　日 |

**○申請区分**

|  |
| --- |
| 該当する区分に☑ |
| □第１子　・　□第２子以降 |

**○給付申請額**

|  |
| --- |
| 給付申請額 |
| 円 |

**年　　月　　日**、上記金額の大仙市地域商品券を受領しました。

**受領者署名**内訳（**共通券　　　　　　　円：一般券　　　　　　　円**）

【市記載欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 本庁・支所確認 | 担当者：　　　　　　　　　　　確認者： |
| 申請者の本人確認 | □運転免許証・□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ・□健康保険証・□その他（　　　　　） |
| 大仙市民となった日 | 支給対象児童の住民登録日　　　　　　年　　 月　　　日 |
| ②本庁・支所確認 | 担当者：　　　　　　　　　　　確認者： |
| 第１子 | □該当　・　□非該当 |
| 第２子以降 | □該当　・　□非該当 |
| 支給資格の有無 | □有　　・　□無 |
| ③交付商品券セット番号 | №　　　　　　　　　～№　　　　　　　（　　　　セット分） |