

様式第1号（第5条関係）

乳児家庭保育支援手当支給認定申請書

年 月 日

伯耆町長 様

申請者 住所
氏名 印

（記名押印に代えて署名することができます。）

連絡先 — —

伯耆町乳児家庭保育支援手当の支給を受けたいので、伯耆町乳児家庭保育支援手当事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 申請者及び家族の状況

	氏名	生年月日	勤務先名	勤務先電話
申請者		年 月 日		
配偶者		年 月 日		

支給事由	氏名	性別	生年月日	月齢
児童		男・女	年 月 日	ヶ月

2 育児休業給付金等の受給状況

<input type="checkbox"/> 育児休業給付金等を受給中
<input type="checkbox"/> 育児休業給付金等を受給していない

3 同意確認

- 支給に必要な住民登録状況、所得、児童手当等の受給状況等に関して、公簿あるいは実態調査等で確認をされることに同意します。
- 職業安定所、共済組合等、育児休業給付金等の支払い関係機関に対し、町担当職員から給付額等の照会、確認をすることに同意、了承します。

年 月 日 申請者氏名 印

配偶者氏名 印

（記名押印に代えて署名することができます。）

4 支給希望金融機関

金融機関名	支店名	種別	普・当・他
口座番号	名義人		

事務処理欄

資格確認	
支給対象月	年 月 から 年 月 まで
備考	