様式（第6条関係）

敦賀市第1子出産応援手当　申請書（請求書）

敦賀市
受付印

敦 賀 市 長　殿

1　申請・請求者

記入日	年　月　日

（フリガナ） 氏　名	生年月日	住　所
	昭和・平成 年　月　日	電話　（　　）

※裏面に記載の事項（1）～（6）に誓約・同意の上、申請します。

2　第1子の子ども

（フリガナ） 氏　名	生年月日	住　所
	令和 年　月　日	（申請・請求者と住所が異なる場合は記入してください。）

【　別世帯等におけるきょうだいの有無　（　いる　・　いない　）】

3　受取方法（希望する受取方法のチェック欄（□）に『✓』を入れて、必要事項を記入してください。）

□ 子ども医療費助成の登録口座への振込みを希望　（受取口座記入欄への記入は不要です。）

□ 指定の金融機関口座への振込みを希望　（原則、申請・請求者の口座とします。）
※本人確認書類と振込先金融機関口座確認書類の両方を添付してください（裏面を確認してください）。

【受取口座記入欄】

金融機関名			支店名		分類	口座番号（右詰めでお書きください。）	（フリガナ） 口座名義
		1 銀行　5 農協 2 金庫　6 漁協 3 信組　7 信漁連 4 信連		本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		
金融機関番号			店番号				

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入してください。
※長期間入出金のない口座を記入しないでください。

〔事務処理欄〕

本人確認書類	出生届済証明確認	出生時住所確認	同一世帯第1子確認	口座確認書類

受付	入力	確認

（裏面を確認してください。）

【誓約・同意事項】

（1）第1子出産応援手当の支給要件に該当します。
（2）第1子出産応援手当の支給要件の該当性等を審査するため、敦賀市が公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
（3）公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
（4）この申請書は、敦賀市において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
（5）敦賀市が支給決定をした後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、やむを得ない理由がある場合を除き、出生日から3か月の申請期限までに、敦賀市が申請・請求者に連絡・確認できない場合には、敦賀市は当該申請が取り下げられたものとみなします。
（6）第1子出産応援手当の支給後、支給要件に該当しないことが判明した場合は、返還します。

本人確認書類

（受取方法に、指定の金融機関口座への振込みを選択した場合は、提出してください。）

※マイナンバーカード、住民基本台帳カード、運転免許証、旅券等の写し

振込先金融機関口座確認書類

（受取方法に、指定の金融機関口座への振込みを選択した場合は、提出してください。）

※受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かる通帳やキャッシュカードの写し