

様式第1号（第4条関係）

東近江市乳児おむつ等支給申請書

平成28年 6月 6日

東近江市長 様

【申請者】
基本、児童手当と同様
(父・母どちらでも可)
【連絡先】
なるべく昼間に連絡の
取れる電話番号をご記
入ください。

申請者

住所 東近江市〇〇町△△番地

氏名 東近江 太郎 ①

連絡先(電話) 〇九〇-〇〇〇〇-△△△△

東近江市乳児おむつ等の支給を受けたいので、東近江市乳児おむつ等支給事業実施要綱第4条の規定により申請します。

なお、申請に当たり、私の世帯の住民基本台帳等に係る事項について、公簿等により確認すること及び東近江市が委託する業者並びに関係機関に対し必要事項を情報提供することに同意します。

対象乳児	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	性別
	ヒガシオウミ ゲンキ 東近江 元気	子	平成28年6月6日	①男・女
			年 月 日	男・女
転入年月日	年 月 日			出生後の転入のみ記載
支給期間※	平成28年 7月分から平成29年 6月分まで			
特記事項				

双子等、対象乳児が
2人いる場合の記載欄

※支給期間は、出生月又は転入月の翌月から1歳の誕生日までとする。

ただし、出生月から起算し、3箇月を超える申請にあつては申請月の翌月から1歳の誕生日までとする。