

甲良町乳児おむつ等支給申請書兼同意書

令和 年 月 日

甲良町長 様

(住 所) 甲良町 _____

申請者

(氏 名) _____

(続 柄) _____

(電話番号) _____

甲良町乳児おむつ等の支給を受けたいので、甲良町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、および甲良町が委託する業者なら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	かな 氏 名	生年月日	性別
			令和 年 月 日生
		令和 年 月 日生	男・女
転入年月日	年 月 日		
支給期間※	年 月 から 年 月 まで		
特記事項			

※支給期間は、支給申請月の翌々月から、1歳の誕生日までとする。

※転入児には、転入月から1歳の誕生日までの個数を、支給申請月の翌々月から併せて支給する。