

甲良町乳児おむつ等支給申請書兼同意書

年 月 日

甲良町長 様

(住 所) 甲良町 _____

申請者

(氏 名) _____ 印

(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	フリガナ 氏 名	生年月日	性別
			年 月 日生
		年 月 日生	男・女
転入年月日	年 月 日		
支給期間※	年 月分 から 年 月分 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。

ただし、平成30年度に限り、出生月の翌々月から平成30年9月までの分について、10月以降の支給と併せて支給する。