

様式第1号別紙1

補助金申請額等内訳書

○世帯等の状況

申請者	住所					
	フリガナ氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日	対象児出生時の満年齢	歳
申請者の配偶者等※1	住所					
	フリガナ氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日	対象児出生時の満年齢	歳
支給対象児童	フリガナ氏名		生年月日	令和 年 月 日		
※2	母子健康手帳交付自治体名 ( ) 令和 年 月 日交付/No.					

※1 同居の配偶者、単身赴任等で世帯を別にする配偶者、事実上の配偶者（事実婚の相手）又は支給対象児童の認知者等を記入してください。該当者がいない場合は、「なし」と記入してください。

※2 支給対象児童（令和7年4月1日以降に出生し、満1歳に満たない児童）のみを記入してください。

○補助金申請額

(A) 定額給付	100,000円
(B) 育児用品等購入額合計（1,000円未満切捨て）様式第1号別紙2のとおり	,000円
(C) (A) + (B)	,000円
(D) 補助対象限度額 ※3	,000円
<b>補助金申請額（上記(C)又は(D)の少ない方の金額）</b>	<b>,000円</b>

※3 支給対象児童の出生時の父及び母の年齢が、いずれも35歳以下の場合には300,000円を、いずれか又はいずれも36歳以上の場合は200,000円を記入してください。

○振込先口座

金融機関名								本店・支店 支所
預金種別	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

※振込先は、申請者の名義の口座に限ります。

【提出が必要な書類】

※提出前に漏れがないか確認し、□にチェック（✓）してください。

様式第1号、様式第1号別紙1及び別紙2

領収書の原本（原本により難しい事情があると町長が認めたときは、その写し）

支給対象児童、父及び母の住所、続柄及び支給対象児童の出生日時点の父及び母の年齢が確認できる場合は住民票、できない場合は三者の記載のある戸籍謄抄本及び附票（内子町の住民基本台帳に記録されている者は省略可）

母子健康手帳

振込先口座の通帳の表及び見開き1ページ目等の写し