

記入例

世帯に対する生活応援給付金申請書（請求書）
（申請を必要とする世帯分）

荏苒市長 殿

世帯主の方を申請者と
してください。

2ページ目の【誓約・同意事項】を全て確認しチェックしました。全ての内容に誓約・同意の上、申請します。

1. 申請・請求者（世帯主）

（フリガナ） 氏 名	性別	生 年 月 日	現 住 所
〇〇 〇〇 〇〇 〇男	男 ・ 女	明治・大正・昭和・平成・令和 12 年 10 月 10 日	山梨県荏苒市〇〇町〇〇ー〇 電話 ××××（××）××××

2. 申請者が属する世帯の状況（令和7年1月1日時点の世帯のうち、乳幼児のみ）

〇平成 〇令和 〇乳幼児（小学校就学前の子ども）が対象となります。

申請者が属する乳幼児
の方全員を記入してくだ

	（フリガナ） 乳幼児氏名	申請 者との 続柄	性別	個人番号		（フリガナ） 乳幼児氏名	申請 者との 続柄	性別	個人番号
	生年月日			生年月日					
1	〇〇 〇〇 〇〇 一郎	子	男	平・令 3 年 8 月 1 日	6				平・令 年 月 日
2	〇〇 〇〇 〇〇 花子	子	女	平・令 5 年 7 月 2 日	7				平・令 年 月 日
3				平・令 年 月 日	8				平・令 年 月 日
4				平・令 年 月 日	9				平・令 年 月 日
5				平・令 年 月 日	10				平・令 年 月 日

3. 振込口座（原則、1. の申請・請求者の口座とします。）※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。

※下欄に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

【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。）	口座名義（カナ） ※「1. 申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
〇〇 金融機関コード	△△ 支店コード	1普通 2当座	2 3 4 5 6	〇〇 〇〇

いずれかをご記入ください

ゆうちょ銀行	店番	分類	通帳番号 （右詰めでご記入下さい）	口座名義（カナ） ※通帳の表記に合わせて下さい
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き 左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号を ご記入下さい。		1普通 2貯蓄 3当座		

※ 金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方など、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、荏苒市財
務政策課（0551-45-9223）にお問い合わせください。

裏面も必ずご確認ください

※処理欄	受付	確認	入力	給付
	No. 日 月			

【誓約・同意事項】 ※全ての項目を確認し、□にチェック(レ)してください。

☒ 以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

子育て世帯に対する生活応援給付金の支給要件(※)に該当します。
※支給対象となるためには、以下の要件を全て満たす必要があります。

- ① 基準日(令和7年1月1日)において、韮崎市に住民登録されており、平成30年4月2日以降に出生した乳幼児のいる世帯の世帯主である。
- ② 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、市が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供す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、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 期限(令和7年3月31日)までに、申請書(請求書)が返信されない場合及び申請書(請求書)の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、市が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、給付金が支給されないことに同意します。
- ⑥ 給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還します。

提出書類

☒ 子育て世帯に対する生活応援給付金申請書(請求書)
(申請を必要とする世帯の場合)(本書)

※必要事項をご記入ください。

☒ 『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』

※申請・請求者の運転免許証、マイナンバーカード(表面)、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)をご用意ください。

☒ 『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』

※通帳やキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し(コピー)をご用意ください。

☒ 『乳幼児であると確認できる書類の写し(コピー)』

※乳幼児の母子健康手帳、マイナンバーカード(表面)、パスポート等の写し(コピー)をご用意ください。

※【誓約・同意事項】のチェック漏れや、添付書類の不備はありませんか。(チェック漏れや添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。)

本申立ての内容に相違ありません。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者氏名 ○○ ○○



署名(又は記名押印)