

様式第1号別紙（第5条関係）

出産世帯応援補助金申請明細書（出産世帯応援金補助金①分）

申請者 (A)	住所	鬼北町			生年月日	
	フリガナ				年 月 日	
	氏名				対象児童誕生日 時点の年齢	歳
Aの配偶者	住所				生年月日	
	フリガナ	※1			年 月 日	
	氏名				対象児童誕生日 時点の年齢	歳
支給 対象児童 (人)	フリガナ	()		生年 月日	令和 年 月 日	
	氏名					
	母子健康手帳 発行自治体		発行日	年 月 日	交付番号	
	フリガナ	()		生年 月日	令和 年 月 日	
氏名						
母子健康手帳 発行自治体		発行日	年 月 日	交付番号		

当該補助金は、母子手帳交付日から、出産までの購入した育児用品に対する経費を補助するものです。

【上記項目を確認の上、誓約及び承諾する場合は、を記入してください。】

上記の事業趣旨を理解し、申請額については対象児にかかる育児用品の購入に活用したものであることを誓約します。

上記の対象児について、他の自治体で同様の補助金は受けていないことを誓約します。

虚偽又は錯誤にかかわらず上記誓約に違えた場合は、交付済であっても速やかに全額を返還します。

※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」を記入してください。

※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）のみを記入してください。

※3 補助限度額は、10万円です。

補助金請求額

円