

母子・父子家庭児童福祉手当受給資格認定申請書

令和 年 月 日

小 布 施 町 長 様

住所

申請者

氏名

(電話番号 ー)

母子・父子家庭児童福祉手当受給資格の認定をしてください。

保 護 者	住所	小布施町大字			自治会	
	氏名		生年月日	昭和 年 月 日		
	児童との続柄		性 別	男 ・ 女		
児 童 に つ い て	氏 名	続 柄	生 年 月 日	住 所	備 考	
手 当 振 込 先	_____銀行・信金・農協 _____支店・支所 口座番号 _____ 口座名義人 _____					
住 民 票 照 合 者 職 氏 名	令和 年 月 日 登録 ・ 転入					
	職 氏名					