

別記様式第1号（第3条関係）

東川町福祉給付金支給申請書

令和 年 月 日

東川町長 様

東川町福祉給付金支給条例施行規則第3条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

世帯主	住所	東川町			電話番号	
	氏名		性別	男・女	生年月日	. .
世帯構成	人員	氏名	続柄	性別	生年月日	備考
	1			男・女	. .	
	2			男・女	. .	
	3			男・女	. .	
	4			男・女	. .	
			男・女	. .		
福祉給付金の種類		<input type="checkbox"/> ひとり親の生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 70歳以上の者のいる世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 住民税所得割非課税の世帯（高校生を養育）				
支払希望金融機関 (本人名義に限る)		銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所 普通・当座 口座番号_____				
添付書類						
<input type="checkbox"/> 生活保護の決定通知書の写し						
<input type="checkbox"/> 当該年度の市町村民税所得割が非課税であることを証する書類						
<input type="checkbox"/> 当該申請者が現に扶養又は監護している事実を明らかにすることができる書類（戸籍謄本又は抄本及び世帯全員の住民票）						
<input checked="" type="checkbox"/> 在学証明書（高等学校）						
<input type="checkbox"/> 障害の程度が確認できる書類						
<input checked="" type="checkbox"/> その他（預金通帳の写し）						

※太枠のみ記入して下さい。

同意書	
給付金の支給について、申請事項確認のため公募等による確認及び関係機関へ照会することに同意します。	
令和 年 月 日	氏名