

様式第2号（第6条関係）

飯能市0歳児おむつ無償化事業育児用品支給申請書

平成 年 月 日

(宛先) 飯能市長

住 所
申請者 氏 名 印
電話番号

飯能市0歳児おむつ無償化事業による育児用品の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

金 額		円	
支給対象児童	ふりがな 氏 名		
生 年 月 日	平成 年 月 日	性 別	男 ・ 女

(宛先) 飯能市長

上記のとおり、飯能市赤ちゃんスマイルクーポン券 _____ 枚を受領しました。

申請者 氏 名 _____ 印 _____

事務処理欄	申請者 本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他 ()
	対象児童確認	<input type="checkbox"/> 子ども医療費受給資格証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	利用者番号	
	交付日	平成 年 月 日
	クーポン番号	