

様式第1号（第5条関係）

薩摩川内市第3子以降妊娠祝金支給申請書

年 月 日

薩摩川内市長

様

（申請者）

住 所

氏 名

㊞

電話番号

薩摩川内市第3子以降妊娠祝金の支給を受けたいので、薩摩川内市第3子妊娠祝金支給要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 母子健康手帳交付日 年 月 日

2 住民となった日（申請者） 年 月 日

3 対象児（胎児数） 単胎 ・ 多胎（ ）  
出産予定日 年 月 日

4 世帯の状況

	氏 名	生年月日	同居・別居	備 考
申請者				
配偶者			同・別	
養育して いる子			同・別	
			同・別	
			同・別	

5 支給申請額 金 円

6 添付書類

- (1) 世帯全員の住民票（続柄記載のもの）
- (2) 母子健康手帳（原本持参）
- (3) その他市長が必要と認める書類