

厚木市子育て日常生活支援事業支給申請書（再開届）

令和 年 月 日

（宛先） 厚木市長

受給者 住所 厚木市

 フリガナ _____
 氏名 _____
 電話 - - (父・母・)
 ※ 日中連絡が取れる電話番号

次のとおり子育て日常生活支援事業の支給を受けたいので申請（届出）します。
 また、本申請（届出）に伴い、私の世帯の住所等に係る事項について、公簿等により確認し、配送のため、委託業者に提供することに同意いたします。

支給要件の確認	申請（届出）の対象となるお子さんは0歳～2歳の誕生日の前月末までのお子さんですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	お子さんの2歳の誕生日までに厚木市外に転出する予定はありますか？	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（ / 頃）			
	転入された方：2歳の誕生日までのお子さんについて、厚木市で紙おむつ等の支給を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
対象児童	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	何子目か	管理番号
		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	R . . (年齢: 歳)	<input type="checkbox"/> 1子目 <input type="checkbox"/> 2子目 <input type="checkbox"/> 3子目以降	
		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	R . . (年齢: 歳)	<input type="checkbox"/> 1子目 <input type="checkbox"/> 2子目 <input type="checkbox"/> 3子目以降	
		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	R . . (年齢: 歳)	<input type="checkbox"/> 1子目 <input type="checkbox"/> 2子目 <input type="checkbox"/> 3子目以降	
		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	R . . (年齢: 歳)	<input type="checkbox"/> 1子目 <input type="checkbox"/> 2子目 <input type="checkbox"/> 3子目以降	
		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	R . . (年齢: 歳)	<input type="checkbox"/> 1子目 <input type="checkbox"/> 2子目 <input type="checkbox"/> 3子目以降	
職員記入欄	児童手当申請	有 (/)			收受印 _____ _____
		無 (公務員 ・ 他市在住配偶者)			
	子ども医療費助成	有 ・ 無 () ・ 後日			
	支給期間	新規	R . ~ R .	月末特例	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		再開	R . ~ R .	支給済み期間	R . ~ R .
届出事由 <input type="checkbox"/> 再転入 <input type="checkbox"/> 職権消除からの回復 <input type="checkbox"/> その他 ()					
備考欄					
※太枠内は記入しないでください。					